◆ BEST SELLER MEDICAL ◆

MANUAL de MEDICINĂ CLINICĂ

Specialități

- J.A.B.COLLIER
- J.M.LONGMORE
- T.J.HODGETTS

EDITURA MEDICALĂ
OXFORD UNIVERSITY PRESS

Manual de medicină clinică-specialităţi

EDIŢIA a IV-a

J.A.B. COLLIER
J.M. LONGMORE
T.J. HODGETTS

Oxford New York Tokyo
OXFORD UNIVERSITY PRESS
1995

Traducere sub îngrijirea
Dr. TUDOR P. TOMA

EDITURA MEDICALĂ S.A.
Bucureşti, 1997

Coperta de: ADRIAN CONSTANTINESCU

Toate drepturile editoriale asupra ediţiei româneşti aparţin în exclusivitate Editurii Medicale.

Publicaţia este marcă înregistrată a Editurii Medicale, fiind protejată integral de legislaţia internă şi internaţională. Orice valorificare a conţinutului în afara limitelor acestor legi şi a permisiunii editorilor este interzisă şi pasibilă de pedeapsă. Acest lucru este valabil pentru orice reproducere – integrală sau parţială, indiferent de mijloace (multiplicări, traduceri, microfilmări, transcrieri pe dischete etc.).

© J.A.B. Collier and J.M. Longmore 1987, 1989, 1990; J.A.B. Collier and J. Harvey 1991; Fourth edition.

© J.A.B. Collier, J.M. Longmore and T.J. Hodgetts 1995.

This translation of Oxford Handbook of Clinical Specialities 4/e originally published in English in 1995 is published by arrangement with Oxford University Press.

Această traducere a Manualului de Medicină Clinică Specialităţi – Oxford, ed. a 4-a, publicată în original în limba engleză, în 1995, este publicată prin înţelegere cu "Oxford University Press" – OXFORD™ –

Redacţie-corectură:
LILIANA PETRESCU – responsabil
FLORIANA NISTOR MANDACHE
CORINA GHINOIU

Tehnoredactor: ***PRIMAVERA PANAIT***
Secretar de redacţie: ***MARIA NEAMŢ***

I.S.B.N. 973-39-0323-X

Prefaţă la ediţia I

Când cineva spune că "face obstetrică" -sau oricare din specialităţi- ştim că, în afară de specialitatea în sine şi de câte puţin din psihiatrie, ginecologie şi pediatrie, medicul mai are de identificat şi de acţionat asupra problemelor care ţin de speranţele şi grijile pacientului. În sala de operaţie doctorul trebuie să se concentreze în întregime asupra plăgii; apoi însă, trebuie să opereze şi în alte planuri, sociale şi psihologice, pentru a înţelege cum a ajuns bolnavul pe masa de operaţie şi cum s-ar fi putut preveni acest lucru. Toţi specialiştii buni practică o artă holistică, iar scopul nostru este să arătăm cum specificul şi holismul se pot combina cu succes, poate nu chiar ca fibrele unei ţesături complet impermeabile, dar măcar suficient de bine pentru a ţine la distanţă ploaia criticilor celor care susţin medicina alternativă.

Sperăm ca acest mic volum să poată face învăţarea medicinii mai puţin dificilă, şi să ne permită să cheltuim mai multă energie la patul bolnavului şi în saloane. Pentru studentul care abia începe o nouă specialitate, numeroasele şi stufoasele volume care trebuie studiate pot fi demoralizante, iar entuziasmul se poate pierde prin prea mult entuziasm. Asta nu înseamnă că sîntem împotriva volumelor stufoase, sîntem doar împotriva citirii lor prea devreme şi prea mult. Începătorul poate fi "tare" la îngrijirea bolnavului şi "slab" la cunoştinţele specifice, şi pericolul este ca în scurt timp această stare de lucruri să se inverseze. Este mai uşor să învăţăm medicina din cărţi decât la patul bolnavului, însă de multe ori ceea ce învăţăm de la bolnavi are o semnificaţie mai mare, cum ar fi valoarea compasiunii şi a sprijinului moral, precum şi limitările umane ale lumii în care trăim. Doar la patul bolnavului se poate învăţa cum am putea ajuta din punct de vedere practic pacientul care este copleşit de cine ştie ce afecţiune pentru care este complet nepregătit. Dacă acest mic volum nu va face decât să-i ajute pe nou veniţii într-o specialitate să înveţe tot ce se poate învăţa de la pacienţii lor, atunci cartea îşi va fi atins scopul -şi va putea fi apoi ignorată.

Datorită alocării unei pagini pentru fiecare subiect s-ar putea ca în unele secţiuni să apară impresia că unele subiecte, care nu sînt atât de importante, sînt tratate mai pe larg decât ar trebui. Intenţia noastră a fost să folosim la maxim spaţiul disponibil şi să includem cît mai mult text cu putinţă şi mai puţin să realizăm un echilibru cu frecvenţa bolii respective – se poate deci întâmpla cam ca în faimoasa lucrare Terestrial Globes *de George Phillips, când localităţi precum Alice Springs aparent sînt mai proeminente decât cele precum Amsterdam. Să cartografiezi un întreg continent şi să omiţi să treci o mică localitate centrală din motive de importanţă, înseamnă să omiţi o ocazie de a fi util. George Phillips a reuşit să nu omită aceste oportunităţi şi sperăm că şi noi am reuşit acelaşi lucru. Credem însă că este inevitabil faptul ca unii cititori să considere că am exclus subiectele lor preferate (de altfel cartea lui Phillips nici măcar nu menţionează localitatea Oxford!). Pentru toţi aceştia oferim în loc de scuze, 300 de pagini albe, unde subiectele preferate pot fi indexate.*

Ferring *1987, J.A.B.C. & J.M.L*

Prefaţă la ediţia în limba română

Este întotdeauna o plăcere pentru noi, autorii, când apare o nouă traducere a cărţii noastre, completă şi realizată aparent fără efort, editată la o editură de prestigiu din România. Noi însă ştim ce efort s-a depus şi aducem aici mulţumirile noastre pentru toată munca care a avut loc în spatele scenei pentru a duce la bun sfârşit proiectul de a aduce în faţa cititorilor români cele mai complete şi mai noi informaţii ale medicinii -proiect care a început cu editarea cu succes a Manualului de Medicină Clinică - Oxford Handbook of Clinical Medicine - *în 1995. În acel an am vizitat pentru prima dată România şi sunt foarte mulţumit de faptul că am avut posibilitatea de a vedea personal circumstanţele în care aceste două cărţi vor fi folosite; mulţumirile mele pentru aceasta se îndreaptă spre Dr Tudor Toma, Profesor Oproiu, Editura Medicală, Gabriela Massaci de la British Council, şi către toţi ceilalţi pe care i-am întâlnit. Speranţa mea este că spiritul participativ al medicilor pe care i-am întâlnit în România va duce la o colaborare fructuoasă între două sisteme medicale atât de diferite.*

Nici o carte de medicină clinică nu poate fi în întregime completă şi suntem convinşi că nici acest volum nu va fi o excepţie. Pentru a rezolva oarecum această problemă, Editura Medicală a păstrat spaţiile albe în dreptul fiecărui subiect şi suntem recunoscători pentru acest lucru; aici fiecare cititor îşi poate completa subiectul în funcţie de experienţa şi nevoile fiecăruia.

Dorinţa noastră cea mai sinceră este ca acest volum să nu fie o povară pentru cititori (aşa cum a fost pentru traducători!). Am sperat că, dacă vom menţine fiecare subiect relativ scurt (şi foarte comprimat), vom putea face ca învăţarea medicinii clinice să devină mai plăcută. Un medic bun este un medic vesel, fericit, care inspiră astfel încredere pacienţilor. Sperăm deci că acest volum va oferi motivaţia şi suportul pentru a susţine încrederea doctorilor parţial prin faptul că încurajează studiul în detaliu al problemelor clinice cu care se prezintă pacienţii, şi parţial prin limitarea informaţiilor de detaliu, astfel încît studentul să se poată dezvolta fără probleme, într-un medic cu un orizont larg şi cu o atitudine de compasiune faţă de pacienţi.

Dr J.M. LONGMORE,
Ferring, *Marea Britanie, decembrie 1996*

Ediţia în limba română a *Oxford Handbook of Clinical Medicine*-Manual de Medicină Clinică şi a *Oxford Handbook of Clinical Specialities*-Manual de Medicină Clinică - Specialităţi - este interactivă şi perfectibilă. Fiecare medic, adică dumneavoastră, posesorul acestui exemplar (are) aveţi posibilitatea de a contribui la realizarea şi îmbunătăţirea ediţiilor următoare. De fiecare dată când aveţi o observaţie sau o noutate, notaţi-o pe spaţiul alb lăsat special pentru acest lucru la fiecare subiect. Apoi, când aveţi timp, copiaţi (xerografiaţi) observaţiile făcute şi trimiteţi-le pe adresa Dr. Tudor P. Toma, Str. Peneş Curcanu, Nr. 9, Iaşi 6600, România. Cititorul care va trimite cele mai complete şi pertinente observaţii şi cele mai interesante noutăţi va fi ales co-editor al următoarei ediţii Manual de Medicină Clinică şi va primi un premiu de 100$. Şi părerea ta contează![1] Până la apariţia următoarei ediţii, informaţiile interesante culese de la dumneavoastră vor fi publicate pentru toţi cititorii manualului în *British Medical Journal -Ediţia în limba română* (abonamente & informaţii: 032-213 532). Membrii clubului MMC (vezi mai jos) beneficiază de reduceri.

Clubul MMC

Dacă ai cumpărat Manualul de Medicină Clinică apărut la Editura Medicală în 1995 şi acest Manual de Medicină Clinică Specialităţi poţi deveni automat membru al Clubului MMC. Completează şi trimite talonul de mai jos pe adresa Dr. Tudor P. Toma, Str. Peneş Curcanu, Nr. 9, Iaşi 6600, România cât de curînd posibil. Vei putea beneficia astfel de ultimele noutăţi cu privire la aceste două cărţi, de observaţiile făcute de ceilalţi cititori şi vei putea fi pus în legătură cu alţi cititori. Membrii clubului beneficiază de o reducere la obţinerea unui abonament la *British Medical Journal -Ediţia în limba română*.

✂---

Nume...

Profesia/specialitatea..

Adresa..

Tel/Fax..**E-mail**................................

Mulţumiri-Ediţia originală

Dorim să mulţumim *British Lending Library*, Ms Susan Merriott, şi Mrs Thelma Royce pentru efortul depus în obţinerea unor referinţe greu de găsit; fără sprijinul lor acest volum nu ar fi putut să apară.

Mulţumim Dr. S. Mercer pentru că a citit şi a corectat manuscrisul, şi Dr T.P. Toma (corespondentul prin fax din SUA/România) pentru numeroasele noutăţi pe care ni le-a trimis.

Pentru expertiza în domeniul tipografic dorim să mulţumim Mr. Simon Mather şi Mr. Andrew Mather.

Pentru comentariile făcute asupra manuscrisului dorim să mulţumim Mr. A. Carr, Dr. R Hope, Dr. J. Colston, Dr. R. Downes, Mr. J. Braithwaite, Dr. C. Moulton, Ms A. Peattie, Dr. B. Phillips, şi Dr. M. Too-Chung.

Pentru activitate adiţională de *peer review* mulţumim Dr. T. P. Toma, Dr. P. Scott, Dr. J. Cox, Dr. J. Dorrell şi Dr. H. Thomas.

Mulţumim următorilor pentru sugestii: R. Adley; M. Al-Amin; H. Albrecht; Zulfigar Ali; V. Atamyan; cititori anonimi din Hinckley; N. Balasuriyar, D. Bansevicius; D. Boddie; B. Bourke; P. Piotr Brykalski; C. Budd; K. Burn; I. Cardozo; S. Corcoran; H. Constantinides; J. Crane; J. K. G. Dart; T Davies; S. Eley; J. Fagan; O. Fenton; D. Foss; E. France; T. Hennigan; J. Hill; S. Holliday; R. William Howe; G. Hutchison; M. Ip; N. Lees; J. Lehane; J. McFazdean; R. McLaughlin; A. Martin; C. Maytum; E. Miller; D. Moskopp; M. Naraen; K. O'Driscoll; E. Olson; R. Payne; A. Peattie; P. Rees; C. Robertson; A. Rodgers; D. Warren; E. Wright; P. Zack.

Mulţumim în mod special tuturor celor din staff-ul de la Oxford University Press, pentru sprijinul lor şi imaginaţia în rezolvarea tuturor problemelor care au apărut în diversele stadii ale publicării acestui manual.

Mulţumim următorilor autori şi editori pentru permisiunea de a reproduce material ilustrativ: R. A. Hope; D. Kinshuck; A. Land; K. O'Driscoll; A. Swain; *British Journal of Hospital Medicine; British Medical Journal;* General Practitioner; *Journal of Pediatrics;* the Association of Consumer Research; Bailliere Tindall; John Wright; Edward Arnold; Lange; Churchill Livingstone. Mulţumim lui Mark Edwards pentru că a desenat ilustraţiile de la pagina 389-97.

Mulţumiri -Ediţia în limba română

Această carte nu ar fi putut apărea fără sprijinul personal al Profesorului Dr. Alexandru Oproiu, Spitalul Fundeni, Bucureşti, directorul Editurii Medicale.

Mulţumim doamnei Maria Neamţ, Editura Medicală, pentru răbdarea şi sprijinul dat în pregătirea manuscrisului; la fel, mulţumiri domnului director tehnic Mihai Albulescu, Editura Medicală, pentru consultaţiile specifice necesare pregătirii textului. Mulţumiri doamnei Liliana Petrescu, Editura Medicală, pentru consultaţiile în limba română.

De asemenea, mulţumim Dr Robert Negru, şi colectivului de medici de la Iaşi care au contribuit cu sfaturi; mulţumim doamnei Laura Catrinescu pentru culegerea pe calculator şi domnişoarei dr Laura Ciobanu pentru răbdarea arătată la scoaterea pe imprimantă a "manuscrisului"!

Această carte este rezultatul unei munci de echipă la care au participat într-o formă sau alta mai mult de 30 de persoane şi mulţumirile noastre aici se adresează tuturor acestora.

Note

Medicamente. Cu toate că s-au făcut toate eforturile pentru a verifica fiecare doză de medicamente, este totuşi posibil ca textul să mai conţină şi greşeli. Modurile de administrare pentru diverse medicamente se schimbă frecvent; la fel frecvent sînt recunoscute noi efecte secundare ale diverselor medicamente. Oxford University Press şi Editura Medicală nu pot garanta sub nici o formă că dozele din această carte sînt în întregime corecte. Din acest motiv, cititorii sînt îndemnaţi să consulte de fiecare dată Agenda medicală, sau instrucţiunile de pe flacoanele de medicamente.

►Cu excepţia capitolului 3 (Pediatrie), dozele medicamentelor sînt pentru o persoană adultă, care nu este însărcinată şi nu alăptează.

AVERTISMENT

ÎNTOTDEAUNA CÂND AI O PROBLEMĂ MAI MARE, SOLICITĂ AJUTORUL UNUI MEDIC CU MAI MULTĂ EXPERIENŢĂ, SAU CONSULTĂ UN TRATAT[1]

[1] Profesor G Georgescu, Iaşi, 1995

De cele mai multe ori tratăm pacienţii bine dar nu reuşim să-i înţelegem cu adevărat şi în totalitate. De fapt ideea că ar trebui să înţelegem şi să suferim alături de fiecare pacient nu este chiar atât de populară fiindcă nu este eficientă. Dacă ar trebui să fie aşa, atunci consultaţiile în ambulator ar ajunge să fie supraaglomerate, iar vizitele urgente nu ar mai putea fi făcute. Este de asemenea posibil ca acest lucru să fie contra-productiv şi din punctul de vedere al pacientului. În general este un eveniment rar ca două fiinţe umane să ajungă la o înţelegere deplină a vieţilor lor interioare, şi dacă oferim acest lucru pacienţilor, ei ar putea deveni dependenţi de noi şi apoi ar avea probleme să se descurce singuri mai departe cu viaţa lor. Cu toate acestea însă, câteodată este bine să faci câte o încercare şi să vezi dacă poţi să-i înţelegi măcar pe unii din pacienţii care vin la tine. Acest lucru s-ar putea însă să fie ca şi cum ar trebui să mănânci cu bucăţica o mâncare complet străină la gust. Paradoxal, pentru a-i înţelege pe unii pacienţi cel mai bun lucru este să tăcem, în special faţă de cei cu care am ajuns într-un impas terapeutic -cum ar fi cei la care boala este incurabilă sau cei care îţi refuză tratamentul ori doresc ceva mai mult. Contactul vizual este foarte important. Unul dintre autori (JML) îşi va aminti mereu primul lui pacient -stătea într-un salon de chirurgie generală în convalescenţă după o intervenţie pentru ulcer duodenal perforat: un pacient chirurgical simplu, ideal pentru începători. Am pus toate întrebările ca la carte şi i-am ştiut toate răspunsurile şi semnele fizice, chiar şi culoarea ochilor. Din fericire, medicul care chiar îl avea în grijă nu i-a pus atât de multe întrebări, însă a ştiut cum să interpreteze strigătul de ajutor din spatele acelor ochi, şi a găsit un aspect foarte important care era în afara posibilităţilor mele -şi anume că pacientul era un dependent de droguri extrem de stresat pentru că nu mai avea resurse să-şi finanţeze activitatea.

Deci primul pas în a înţelege un pacient este să stai şi să-l asculţi. Apoi, dacă este posibil, este foarte util să-ţi revezi pacientul cît mai des, pentru a stabili o relaţie de respect mutual. Dacă relaţia este doar într-un singur sens, când doctorul află totul despre pacient, dar nu discută nimic despre el (sau ea), va fi necesar un timp destul de lung pentru stabilirea respectului mutual. Însă nici prea mult nu trebuie împărtăşit pacienţilor, deoarece îi poţi copleşi şi poate apărea o reacţie de respingere. Diferiţi pacienţi răspund în mod diferit. A înţelege un pacient poate fi destul de dificil şi greu de realizat în cadrul unor serii de consultaţii de scurtă durată. O vizită la domiciliu poate fi revelatoare, dar pentru mulţi doctori prinşi în activitatea de spital, acest lucru este imposibil de realizat. Însă de multe ori este posibil să ai un interviu mai lung cu un pacient într-o atmosferă mai privată, şi în acest sens trebuie să te foloseşti de toate oportunităţile. Am lucrat într-o vreme cu un medic primar care îi înfuria aproape pe toţi medicii tineri cu care lucra, fiindcă selecta în mod repetat pe cei care păreau a fi cei mai plictisitori pacienţi din salon (în general pacienţi cu accidente vasculare cerebrale) şi cu care vroia să rămână singur pentru a avea o discuţie lungă într-o voce joasă -pînă când asistenta ne-a spus că de fapt nu spunea multe lucruri, ci mai mult stătea şi asculta tot ceea ce vroia să-i spună pacientul. Pentru cea mai mare parte a timpului, medicul nu făcea decât să "mănânce în linişte, bucăţică cu bucăţică", universul pacientului. Am ajuns în final să realizăm că pentru acei pacienţi răvăşiţi de boală momentele respective erau cele mai apreciate din întreaga lor spitalizare.

Simboluri şi abrevieri

▶ = atrage atenţia asupra unei probleme importante
▶▶ = nu ezita! O acţiune promptă poate salva viaţa bolnavului
💾 = mai multe detalii în varianta electronică a versiunii engleze
≈ = aproximativ
- tiv = negativ
+ tiv = pozitiv
↓ = scade
↑ = creşte
↔ = normal
ac = antecibum (înainte de masă)
aCI = afecţiune cardiacă ischemică (cardiopatie ischemică)
ACLS = Advanced Cardiac Life Support
ACTH = adenocorticotrofic hormon
ADH = antidiuretic hormon
AF = antecedente familiale
AFP = alfa-feto proteină
AG = anestezie generală
AIDS = acquired immunodeficiency syndrome (SIDA, sindromul imunodeficienţei dobândite)
AINS = antiinflamatoare nesteroidiene
AIP = afecţiuni inflamatorii pelvine
AIT = atac ischemic tranzitoriu
AL = anestezie locală
Alk = alkalin (fos = fosfatază)
ANF = FAN= factor antinuclear
AP = antero-posterior
APLS = Advanced Life Support Manual ref (p 171)
AR = artrită reumatoidă
ASLO = anti streptolizină O
ATLS = Advanced Trauma Life Support Manual ref
AV = atrio-ventricular
BMJ = British Medical Journal
BTS = boli (afecţiuni) cu transmitere sexuală
ca = carcinom
CI = contraindicaţii
CID = coagulare intravasculară diseminată
CMV = citomegalovirus
CO_2 = dioxid de carbon
CRP = proteina reactivă C
CS = corp străin
D = dimensiune
D&C = dilatare şi chiuretaj

D&V = diaree şi vărsături
dB = decibel
dl = decilitru
DSV = defect septal ventricular
DZ = diabet zaharat
EBS = endocardită bacteriană subacută
ECG = electrocardiogramă
EEG = electroencefalogramă
EI = endocardită infecţioasă (endocardita subacută este inclusă în acest grup)
ER = eritrocite
ES = efecte secundare
ET = endotraheal
FBC = full blood count = HC = hemogramă completă
FHSA = Family Health Service Authority
FSH = hormon foliculo-stimulant
g = gram
GA = globule albe
GGT = gamma glutamyl transpeptidase
GI = gastrointestinal
GP = MG = general practitioner = medic generalist
GU = genito-urinar
h = oră
HAP = hemoragie antepartum
Hb = hemoglobină
HBsAg = antigen de suprafaţă al hepatitei B
HC = hemogramă completă
HCD = hipocondrul drept
HDL = high density lipoprotein (lipoproteine cu densitate mare)
HIC = hipertensiune intracraniană
HIV = virusul imunodeficienţei umane
HPP = hemoragie post partum
Ht = hematocrit
HVD = hipertrofie ventriculară dreaptă
HVS = hipertrofie ventriculară stîngă
ICG = insuficienţă cardiacă globală
IF = interfalangian
IFD = interfalangian distal
IFP = interfalangian proximal
Ig = imunoglobulină
IM = intramuscular
IPI = în perfuzie
IPPV = VIPP= ventilaţie intermitentă cu presiune pozitivă
ITU = infecţia tractului urinar
IUCD = DCIU = dispozitiv contraceptiv intrauterin
IV = intravenos

JRCGP = Journal of the Royal College of General Practitioners
K^+ = potasiu
kg = kilogram
kPa = kilopascal
l = litru
LCR = lichid cefalo-rahidian
LH = hormon luteinizant
µg = micrograme
M.S. = ministerul sănătăţii
MAOI = inhibitori de monoamin-oxidază
MCF = metacarpofalangian
mg = miligrame
min = minute
ml = mililitru
mmHg = milimetri coloană de mercur
MRI = RMN = rezonanţă magnetică nucleară (RMN)
MTF = metatarsofalangian
N_2O = oxid nitric
NaCl = clorură de sodiu
NEJM = *New England Journal of Medicine*
NPG = nimic pe gură
O_2 = oxigen
OHCM (MMC) = Oxford Hanbook of Clinical Medicine = Manualul de Medicină Clinică (1993)
ORh-tiv = grup sanguin 0, Rh negativ
ORL = oto-rino-laringologie
PA = postero anterior
$PaCO_2$ = presiunea parţială a CO_2 în sângele arterial
PAN = poliarterită nodoasă
PaO_2 = presiunea parţială a O_2 în sângele arterial
pc = post cibum (după masă)
PCN = pirexie de cauză necunoscută
PCoC = pilula contraceptivă orală combinată
PL = puncţie lombară
PO = per os
PoP = progesteron only pill (pilulă numai cu progesteron)
PR = per rectum
PV = per vaginam
PVC = presiunea venoasă centrală
PVCh = probă de vilozităţi coriale
PVJ = presiunea venoasă jugulară
RCGP = Royal College of General Practitioners
RCP = resuscitare cardio-pulmonară
Rh = Rhesus
RXT = radiografie de torace
SC = subcutanat

SCV = sistemul cardio-vascular
sec = secunde
SNC = sistemul nervos central
SpO_2 = estimarea oximetrică a saturaţiei în oxigen a sângelui capilar
T° = temperatură
t1/2 = timp de înjumătăţire
T_3 = triiodotironină
T_4 = tiroxină
TA = tensiunea arterială
TBC = tuberculoză
TEC = terapie electro-convulsivă
TFH = teste funcţionale hepatice
TFT = teste funcţionale tiroidiene
THS = terapie hormonală de substituţie
TPE = toxemie pre-eclamptică
TPR = temperatură, puls şi respiraţii
TSH = thyroid stimulating hormone
TVP = tromboză venoasă profundă
u (sau U) = unităţi
U&E = uree şi electroliţi
UCM = prima zi a ultimului ciclu menstrual
ui = unităţi internaţionale
UIV = urografie intravenoasă
UJM = (cultură din) urina din jetul mijlociu
VCM = volum celular mediu
VCS = vena cavă superioară
VSH = viteza de sedimentare a hematiilor

Notă: unele abrevieri sunt explicate în paginile în care apar.

Cuprins

1. Ginecologie 1
2. Obstetrică 80
3. Pediatrie 190
4. Psihiatrie 368
5. Medicină generală 468
6. Oftalmologie 544
7. ORL 602
8. Dermatologie 650
9. Ortopedie şi traumatologie 682
10. Sindroame rare cu nume proprii 836
11. Anestezie 852
12. Primul ajutor prespitalicesc 884

Index de medicamente 914

Index 934

Notă: fiecare capitol are prezentat cuprinsul în detaliu pe prima pagină.

- Cot 694 696
Pumn-Mână 698-707
- Spate 708-712
- Șold 713
- Picior equin 714-719 719
- Genunchiul 720-723
- Picior
- Protezări articulare 734

1. Ginecologie

Traducere de Dr. DIANA COZMA & Dr. TUDOR P. TOMA

Anamneza şi examenul clinic 2
Anatomie ginecologică 4
Anomalii genitale 6
Menstruaţia normală 8
Menstruaţia anormală 10
Amenoreea 12
Menoragia 14
Sindromul premenstrual 16
Menopauza 18
Întreruperea sarcinii 20
Avortul 22
Sarcina ectopică 24
Maladia trofoblastică 26
Vulva 28
Ulcerele şi nodulii vulvari 30
Cervixul 32
Carcinomul cervical 33
Uterul 36
Fibroamele 38
Carcinomul endometrial 40
Tumorile ovariene 42
Tumorile ovariene: patologice 44
Carcinomul ovarian 46
Secreţiile vaginale 48
Infecţia pelvină 50
Endometrioza 52
Prolapsul 54
Infertilitatea: cauze şi investigaţii 56
Infertilitatea: testări şi tratament 58
Infertilitatea masculină 60
Contracepţia 62
Dispozitive contraceptive intrauterine 64
Contracepţia hormonală ("pilula contraceptivă") 66-68
Contracepţia hormonală tip implant şi depot 70
Sterilizarea 72
Malfuncţia urinară 74
Dificultăţi de golire a vezicii urinare 75
Intervenţii chirurgicale ginecologice 76
Durerea pelvină cronică 78

Pagini relevante în alte capitole
Pubertatea p. 230; virilism şi hirsutism MMC, p. 556.

Anamneza şi examenul clinic

Lasă pacienta să-şi prezinte singură istoricul bolii, însă nu uita că poate avea reţineri în admiterea unor probleme, în special în faţa unui bărbat; întreabă deci şi despre alte probleme.

Notează data ultimei menstruaţii (UM, adică a primei zi de sângerare), sau dacă este la menopauză. Ultimul ciclu a fost normal? Notează despre ciclu: nr. zile de sângerare/nr. zile de la ziua 1 a menstruaţiei până la ziua 1 a următoarei menstruaţii (ex: 5/26). Menstruaţia este regulată? Sângele este în cantitate mare, are cheaguri, pătează lenjeria? Câte tampoane foloseşte (aceasta nu oferă o apreciere exactă întotdeauna)? Menstruaţia este dureroasă? Are sângerări şi pe parcursul ciclului, între menstruaţii, sau de când este la menopauză? Vârsta la care a avut prima menstruaţie?

Câţi copii are? Probleme în cursul sarcinilor anterioare; modul de naştere; rezultatul (şi greutatea copiilor); perioada puerperală -pentru fiecare sarcină avută. Întreruperile şi avorturile spontane -în ce stadiu, de ce şi prin ce metodă.

Dacă are *durere*, cum este? Durerea uterină are un caracter colicativ şi se simte la nivelul sacrumului şi a arcadelor crurale. Durerea ovariană se simte în fosa iliacă şi iradiază pe faţa anterioară a coapsei până la genunchi. Întreabă despre *dispareunie* (durere în timpul actului sexual); este superficială sau profundă? Dacă a avut *scurgeri vaginale*, întreabă cum arătau acestea (cantitate, culoare, miros, prurit) şi când apăreau? întreabă despre *prolaps* şi *incontinenţă?* Când? Cît de grav?

Este activă sexual? Are probleme de natură fizică sau emoţională cu actul sexual? Ce metode contraceptive foloseşte şi dacă este mulţumită cu acestea? Ce metodă contraceptivă a încercat înainte? A vrut să rămână însărcinată şi nu a putut? Dacă da, a încercat vreun tratament contra sterilităţii? Probleme cu afecţiuni venerice? Data şi rezultatul ultimului frotiu.

Starea de sănătate generală; fumătoare? Tratamente ginecologice în trecut?

Multe femei găsesc examinarea ginecologică dureroasă şi înjositoare şi pot fi stânjenite dacă sunt examinate de un bărbat. Explică ceea ce urmează să faci. Nu fi brutal. Solicită prezenţa unei asistente, dacă este posibil.

Pacienta este bine sau este în stare gravă? Este în şoc? Dacă da, tratează şocul.

Examinează abdomenul pentru sensibilitate şi peritonism. Dacă se palpează o formaţiune poate fi vorba de o sarcină? Dacă da, caută şi ascultă bătăile fetale (p. 90).

Examinarea vaginului (p. 6). Foloseşte ochii pentru a inspecta vulva, un *speculum* pentru a examina vaginul şi cervixul şi *degetele* (bimanual) pentru a aprecia uterul şi anexele. Examinarea se realizează de obicei cu pacienta în decubit dorsal sau decubit lateral stâng (preferabil pentru depistarea prolapsului).

Speculum Sims are două margini perpendiculare, şi este folosit pentru inspecţia pereţilor vaginului, dex: pentru prolaps şi incontinenţă.

Speculum Cusco este folosit pentru inspecţia cervixului cu ajutorul unei surse de lumină. Introdu speculum (încălzit sub un jet de apă caldă de la robinet) închis având lamele paralele cu labiile; puţin lubrefiant poate face manevra mai uşoară. După ce l-ai introdus complet, roteşte-l şi apoi deschide-l. Speculum are dimensiunea maximă înainte de a fi deschis şi astfel imediat după deschidere ar trebui ca cervixul să apară în câmpul vizual. Dacă nu apare, execută o palpare bimanuală pentru a verifica poziţia cervixului şi apoi încearcă din nou. Recoltează tamponamente (p. 48) şi frotiuri (p. 32) acolo unde este cazul. Închide speculum treptat, pe măsură ce îl retragi, pentru a evita lezarea cervixului.

Anatomie ginecologică

Vulva cuprinde orificiile externe ale vaginului şi uretrei, structurile care le înconjoară (clitorisul, labia minora şi comisura) fiind mărginită de labia majora şi perineu. Himenul, odată rupt (prin tampon, act sexual) apare sub forma unor franjuri la nivelul orificiului extern al vaginului.

Caută: rash; semne de atrofie; ulceraţii; tumefacţii (p 28-30); perineu deficient (devine vizibil peretele posterior al vaginului).

Vaginul este un spaţiu virtual, format din pereţi musculari distensibili. Conţinutul rectului, care coboară în spatele peretelui posterior al vaginului, poate fi palpat prin vagin. Cervixul se proiectează prin bolta formată de vârful vaginului, care formează un şanţ de demarcaţie în jurul acestuia, mai adânc în partea posterioară, convenţional împărţit în două fornixuri laterale, unul anterior şi unul posterior. De la pubertate şi până la menopauză, lactobacilii din vagin menţin un mediu acid, protejând astfel împotriva infecţiilor.

Caută: semne de inflamaţie; scurgeri (p. 48); prolaps (p. 54).

Cervixul este format în majoritate din ţesut conjunctiv. Are o consistenţă fermă, şi o identaţie în zona centrală (orificiul extern, ostium canalului cervical). Glandele secretoare de mucină de la acest nivel au rolul de a lubrifia vaginul. Ostium este circular la nulipare şi alungit la multipare.

Caută: durere la mobilizarea cervixului (vezi p. 24 & 50); ectopii; semne de cervicită şi scurgeri cervicale; polipi; carcinom (p. 32).

Uterul are *corpul* format din pereţi musculari groşi, căptuşiţi la interior cu epiteliu cilindric (endometru) şi este conectat la cervix sau *gât.* Este fixat de ligamentele utero-sacrale. Este învelit de peritoneu, care formează un fald situat între uter şi rect, numit punga rectovaginală (a lui Douglas). Faldul peritoneului care conţine trompele uterine este cunoscut sub numele de ligamentul larg. *Dimensiunea* uterului este descrisă, prin convenţie, în comparaţie cu dimensiunile pe care le poate lua în diferite stadii ale unei sarcini normale. Deoarece acesta este un criteriu variabil, dimensiunile următoare au doar un caracter orientativ: fără sarcină -dimensiunea unei prune; la 6 săptămâni -a unui ou de găină; la 8 săptămâni -a unei mandarine; la 10 săptămâni -a unei portocale; la 14 săptămâni -ocupă tot pelvisul.

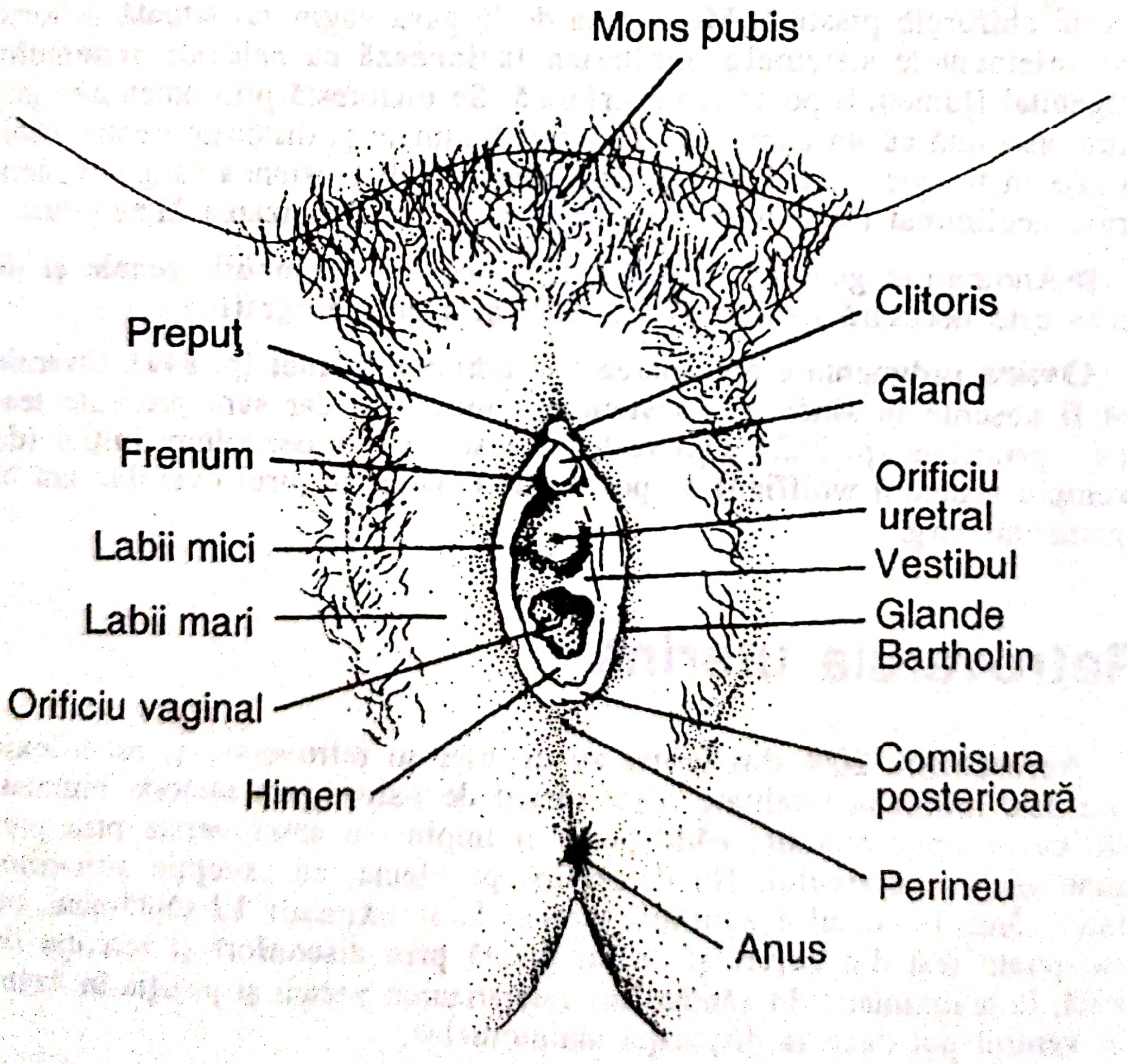
La majoritatea femeilor uterul este în *anteroversie,* adică axul lung este orientat înainte, iar cervixul priveşte spre înapoi. Corpul este deci flectat înainte pe cervix *-anteflexie.* Un astfel de uter poate fi palpat prin metoda bimanuală (cu excepţia unei femei obeze sau încordate).

În 20% din cazuri, uterul este în *retroversie* şi *retroflexie* (p. 6).

Caută: poziţia uterului (important de ştiut pentru diverse proceduri practice); mobilitatea (în special dacă este în retroversie); dimensiunea; sensibilitatea (p. 24 & p. 50).

Anexele sunt formate din *trompele uterine (fallopiene), ovare* şi ţesutul conjunctiv asociat (parametrele). Pot fi palpate prin metoda bimanuală în fundurile de sac laterale ale vaginului, şi dacă sunt normale nu se simt. Ovarele au dimensiunea unei boabe de strugure mai mare, şi se pot găsi în punga rectovaginală.

Caută: formaţiuni (p. 42), sensibilitate (p. 50).


Mons pubis
Clitoris
Preputţ
Gland
Frenum
Orificiu uretral
Labii mici
Vestibul
Labii mari
Glande Bartholin
Orificiu vaginal
Himen
Comisura posterioară
Perineu
Anus

Anomalii genitale

Vaginul şi uterul. Derivă din sistemul tubular mullerian, prin fuzionarea părţilor dreaptă şi stângă. Grade diferite de tulburări ale fuzionării dau duplicaţii de diverse tipuri.

Septurile vaginale: sunt destul de frecvente (şi de multe ori trecute cu vederea la examinare).

Duplicarea cervixului şi/sau a uterului poate trece şi ea neobservată, de exemplu până când femeia rămâne însărcinată în uterul fără sterilet!

Un uter parţial divizat *(bicornuat)* sau un uter parţial dezvoltat *(unicornuat)* se poate manifesta prin avorturi spontane recurente, în special în al doilea trimestru, sau prin dificultăţi la naştere. Aceste anomalii se pot diagnostica la *histerosalpingografie.*

Un uter absent sau un uter rudimentar, cu endometru absent reprezintă tulburări rare. Se manifestă prin amenoree primară.

Vaginul absent sau scurt nu este foarte frecvent, însă se poate corecta prin chirurgie plastică. Membrana de la gura vaginului situată la locul unde elementele sistemului mullerian fuzionează cu cele ale sistemului urogenital (himenul) poate fi neperforată. Se manifestă prin amenoree primară, asociată cu un istoric de dureri abdominale şi distensie pentru câteva zile în fiecare lună; himenul este bombat sub presiunea sângelui menstrual neeliminat (hematocolpos). Se tratează prin incizarea himenului.

▶Anomaliile genitale coexistă de obicei cu anomaliile renale şi de aceea este necesară indicarea unei UIV şi a unei ecografii.

Ovare rudimentare pot apărea în sindromul Turner (p. 849). Ovarele pot fi absente în sindromul testicular feminizant, dar sunt prezente testicule primitive (p. 262). Din resturile ţesutului de dezvoltare iniţial (de exemplu sistemul wolffian) se pot forma chisturi în jurul ovarului sau în ligamentul larg.

Retroversia uterină

Aproximativ 20% din femei au un uter în retroversie şi retroflexie care este mobil în totalitate. Este dificil de palpat prin metoda bimanuală, cu excepţia situaţiei când poate fi împins în anteroversie prin presiune asupra cervixului. Nu determină probleme, cu excepţia situaţiilor (rare) când, în cursul dezvoltării sarcinii la aproximativ 12 săptămâni, nu mai poate ieşi din pelvis şi se manifestă prin disconfort şi retenţie de urină, la aproximativ 14 săptămâni; cateterizarea vezicii şi poziţia în decubit ventral pot duce la dispariţia simptomelor.

Inflamaţia la nivelul pelvisului (datorită infecţiei sau endometriozei) poate da aderenţe care fixează uterul în retroversie. Pacienta se poate prezenta cu dismenoree, dispareunie, sau infertilitate -probleme care pot fi tratate numai prin rezolvarea bolii de bază.

1. Ginecologie

Anomalii genitale

Menstruaţia normală

Pubertatea reprezintă dezvoltarea caracterelor sexuale ale adultului. Succesiunea este dezvoltarea sânilor şi a şoldurilor, a părului pubian şi apoi a părului axilar. Menstruaţia începe **(menarha)** între vârstele de 10,5 şi 16 ani, asociată şi cu o creştere în înălţime. Vezi p. 230.

Ciclul menstrual este controlat de axa "hipotalamo-hipofizo-ovariană" (axa HHO). Producţia pulsatilă a hipotalamusului de hormoni eliberatori de gonadotrofine stimulează glanda hipofiză să producă gonadotrofine: hormonul foliculo-stimulant (FSH) şi hormonul luteinizant (LH). Aceştia stimulează ovarul să producă estrogen şi progesteron. Hormonii ovarieni reglează secreţia de gonadotrofine acţionând prin mecanism feedback la nivelul hipotalamusului şi hipofizei.

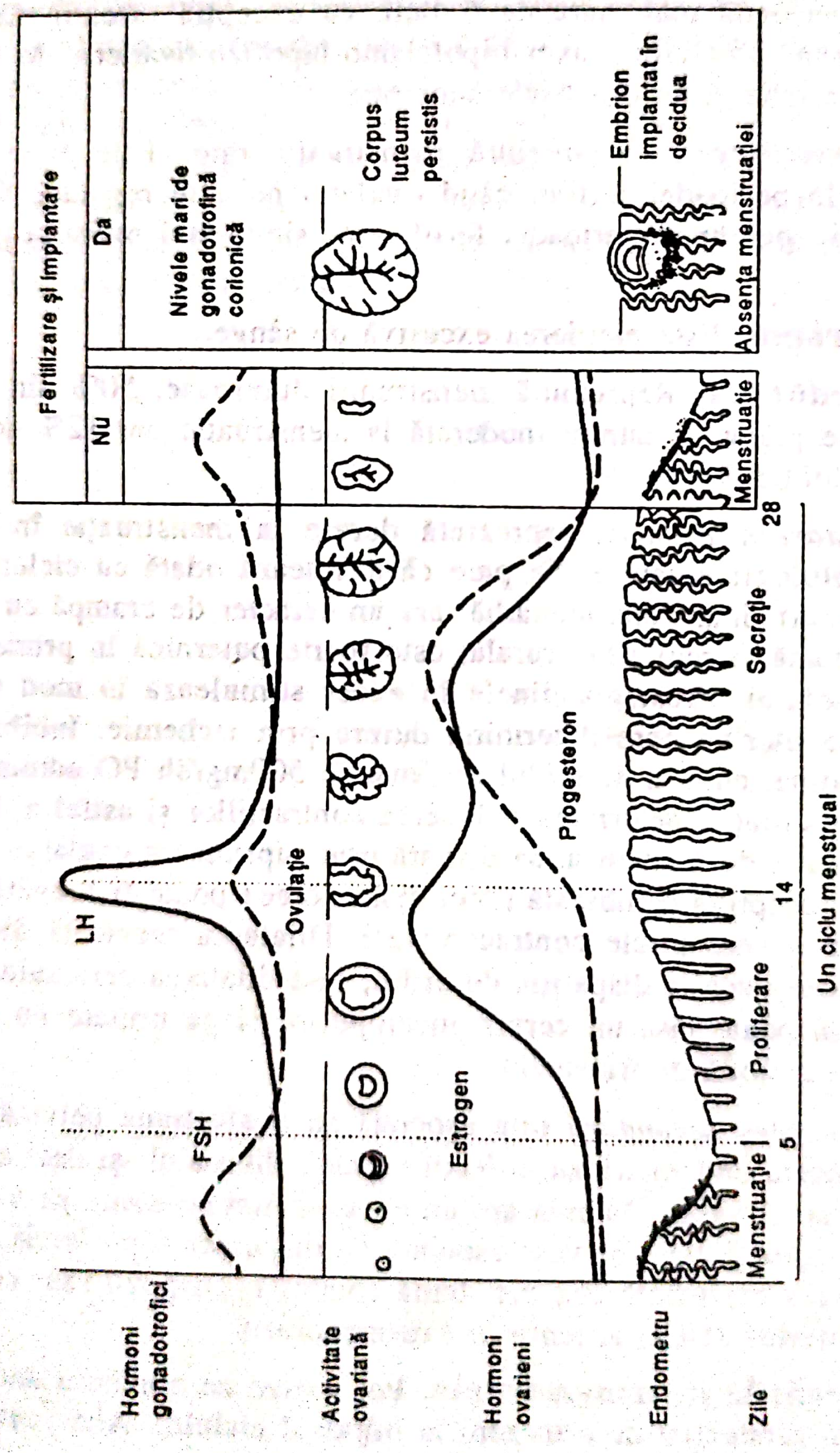
Ziua 1 a ciclului este considerată prima zi de menstruaţie. Durata ciclului diferă de la persoană la persoană; doar la 12% este de 28 de zile. Ciclurile imediat după menarhă şi cele dinaintea menopauzei sunt cel mai frecvent neregulate şi/sau anovulatorii. În primele 4 zile ale ciclului, nivelul FSH-ului este crescut şi stimulează dezvoltarea unui folicul primar în ovar. Foliculul va produce estrogen care va stimula dezvoltarea unui endometru "proliferativ" subţire, glandular precum şi a mucusului cervical receptiv pentru spermă. Mucusul devine clar şi "subţire" (ca albuşul de ou crud) şi dacă este lăsat să se usuce pe o lamă de sticlă ia un aspect de "frunză de ferigă", datorită conţinutului mare de sare. Estrogenul controlează de asemenea producţia de FSH şi LH prin mecanism de feedback negativ.

Cu 14 zile înainte de apariţia menstruaţiei (în ziua a 16-a a ciclului de 30 de zile) nivelul de estrogen creşte suficient de mult pentru a declanşa eliberarea unui puseu de LH. Acest lucru stimulează ovulaţia. După eliberarea ovulului, foliculul primar se transformă în corp galben care începe să producă progesteron. Sub influenţa progesteronului stratul endometrial se pregăteşte pentru implantare: creşte în grosime, iar glandele iau un aspect contorsionat ("faza secretorie"). Mucusul cervical devine vâscos şi ostil pentru spermă şi nu mai ia aspectul de ferigă. Dacă ovulul nu este fertilizat corpul galben nu mai funcţionează şi nivelul de progesteron începe să scadă. Acest lucru determină constricţia arterelor spiralate din endometru cu eliminarea straturilor endometriale -ceea ce duce la o nouă menstruaţie.

Menstruaţia. Reprezintă pierderea de sânge şi de straturi de celule epiteliale uterine. Durează 2-7 zile şi este în general mai importantă în primele zile. Pierderile normale se situează între 20-80ml, cu o medie de 28ml. Endometrul conţine factori care previn coagularea sângelui ce se pierde în mod normal.

Climacteriul (Menopauza) Ovarele încetează producţia de foliculi. În lipsa feedback-ului hormonal realizat de producţia ovariană, nivelul gonadotrofinelor începe să crească. Ciclurile încetează în jurul vârstei de 50 de ani (p. 18).

Amânarea menstruaţiei. Pentru a amâna menstruaţia (ex: pleacă în vacanţă) administrează norethisterone 5mg/bd PO cu 4 zile înaintea datei când ar trebui să înceapă menstruaţia până când menstruaţia devine acceptabilă, sau recomandă 2 pachete de pilule anticoncepţionale administrate fără pauză între ele.


Fertilizare şi implantare
Nu
Da
Nivele mari de gonadotrofină corionică
Corpus luteum persistis
Embrion implantat în decidua
Absenţa menstruaţiei
Menstruaţie
Hormoni gonadotrofici
LH
FSH
Activitate ovariană
Ovulaţie
Hormoni ovarieni
Estrogen
Progesteron
Endometru
Menstruaţie
Proliferare
Secreţie
Zile
5
14
28
Un ciclu menstrual

Menstruaţia anormală

Amenoreea primară (vezi p. 12). Reprezintă lipsa începerii menstruaţiei. Necesită investigaţii suplimentare la o fată de 16 ani sau la una de 14 ani care nu are nici sânii dezvoltaţi. Pentru ca o menstruaţie normală să aibă loc, ea trebuie să fie normală din punct de vedere structural şi cu un mecanism de control funcţional (axa hipotalamo-hipofizo-ovariană).

Amenoreea secundară (vezi p. 12). Apare când ciclurile încetează pentru o perioadă mai mare de 6 luni, cu excepţia sarcinii. Cele mai frecvente sunt afecţiunile axei hipotalamo-hipofizo-ovariene, în timp ce cauzele ovariene şi endometriale sunt rare.

Oligomenoreea. Reprezintă menstruaţii rare. Este frecventă la extremităţile perioadei fertile, când ovulaţia nu este regulată. O cauză frecventă pe parcursul perioadei fertile este sindromul ovarului polichistic (p. 44).

Menoragia. Este pierderea excesivă de sânge.

Dismenoreea. Reprezintă menstruaţii dureroase. 50% din femeile britanice se plâng de durere moderată la menstruaţie, iar 12% de durere severă, debilitantă.

Dismenoreea primară reprezintă durere la menstruaţie în absenţa oricărei patologii organice. Se pare că debutează odată cu ciclurile ovulatorii la scurt timp după menarhă; are un caracter de crampă cu iradiere înspre coloană şi regiunea crurală; este foarte puternică în primele două zile ale ciclului. Prostaglandinele în exces stimulează în mod exagerat contracţiile uterine care determină durere prin ischemie. Inhibitorii de prostaglandine, cum ar fi acidul mefenamic 500mg/8h PO administrat în timpul menstruaţiei determină reducerea contracţiilor şi astfel a durerilor. Durerea poate, de asemenea, să dispară prin suprimarea ovulaţiei folosind pilula contraceptivă combinată (deci dismenoreea poate fi folosită ca pretext pentru a cere pilule contraceptive!). Dilatarea cervicală din timpul naşterii poate duce la dispariţia durerilor, însă dilatarea cervixului pe cale chirurgicală poate lăsa un cervix incompetent şi ca urmare nu mai este folosită ca metodă de tratament.

Dismenoreea secundară este asociată cu o afecţiune pelvină, cum ar fi adenomioza, endometrioza, infecţii cronice, fibromul -şi deci apare mai târziu în cursul vieţii. Durerea are un caracter mai constant, pe toată durata menstruaţiei şi este frecvent asociată cu dispareunie profundă. Tratarea bolii de bază reprezintă cea mai bună conduită. Dispozitivele contraceptive intrauterine (DCI) accentuează dismenoreea.

Sângerările intermenstruale. Pot apărea ca urmare a unei scăderi a nivelului producţiei de estrogeni la mijlocul ciclului. Alte cauze: polipi cervicali; ectropion; carcinom; vaginită; contracepţia hormonală; DCI; în legătură cu sarcina.

Sângerările post coitale. *Cauze:* traume la nivelul cervixului, polipi, carcinom cervical; vaginita de diverse cauze.

Sângerările post menopauzale. Sunt sângerări care apar după 1 an de la ultima menstruaţie. Trebuie să fie considerate ca fiind provocate de carcinom endometrial până la proba contrarie (p. 40). Alte cauze: vaginită (frecvent atrofică); corp străin, de ex: pesar; carcinom al cervixului sau al vulvei; polipi endometriali sau cervicali; încetarea tratamentului cu estrogeni (în cursul tratamentului de substituţie cu estrogeni, sau pentru tumoră ovariană). Pacienta poate uneori confunda sângerarea vaginală cu cea uretrală sau rectală.

Amenoreea

▶*Întotdeauna pune-ţi întrebarea: "nu cumva este însărcinată?"*

Amenoreea primară (vezi şi p. 10). Poate determina îngrijorare mare din partea fetei. În majoritatea cazurilor este vorba doar de întârzierea pubertăţii (are frecvent caracter familial), şi nu are nevoie decât de încurajări. Altele pot avea factorii care determină amenoree secundară înaintea menarhei. Câteva cauze pot fi structurale sau genetice aşa că verifică: ● Are caracteristicile sexuale secundare normale? Dacă da, sunt şi organele genitale interne normale (p. 6)? ● Dacă nu se dezvoltă normal, examenul clinic şi cariotipul pot sugera sindromul Turner (p. 849) sau sindromul testiculului feminizant (p. 262). Scopul tratamentului este de a face pacienta să arate cît mai normal, să aibă funcţie sexuală, şi, dacă doreşte şi este posibil, să poată şi procrea.

Cauzele amenoreei secundare ● Cauzele hipotalamo-hipofizo-ovariene sunt foarte frecvente, deoarece controlul ciclului menstrual se poate deregla cu uşurinţă, de ex: de emoţii, examene, pierdere în greutate, exces de prolactină (30% au galactoree), alte tulburări hormonale, precum şi de afecţiuni sistemice severe, cum ar fi insuficienţa renală. Tumorile şi necroza hipofizei (sindromul Sheehan) sunt rare. ● Cauze ovariene: sindromul ovarului polichistic (p. 44), tumori, insuficienţa ovariană (menopauza prematură) -sunt rare. ● Cauze uterine: în legătură cu sarcina, sindromul Asherman (aderenţe intrauterine după chiuretaj). Amenoreea "post-pilulă anticoncepţională" este în general oligomenoree, mascată de sângerările între administrări.

Teste: LH seric (- în sindromul ovarului polichistic), FSH (foarte crescut în menopauza prematură), prolactina (- de stres, prolactinoame şi medicamente, cum ar fi fenotiazinele) şi TFT sunt cele mai utile teste serice. 40% din cele cu prolactinemie au o tumoră, aşa că recomandă o RX de craniu ± CT scan (p. 58).

Tratamentul este în funcţie de cauză. Insuficienţa ovariană prematură este ireversibilă şi necesită terapie de substituţie cu hormoni (p. 18) pentru a controla simptomele produse de deficitul estrogenic şi pentru a proteja împotriva osteoporozei. Sarcina se poate obţine cu un ovul donat şi prin tehnici de fertilizare *in vitro*.

Tulburări de funcţionare a axei hipotalamo-hipofizare: Dacă este moderată (ex: stres, scădere ponderală moderată): există suficientă activitate pentru a stimula suficient de mult estrogen pentru a produce un endometru (care va fi exfoliat după o administrare de progesteron, de ex: norethisteron 5mg/8h timp de 7 zile), însă momentul secreţiei este perturbat şi de aceea ciclurile nu pot fi iniţiate. Dacă tulburarea este severă (ex: în cazul unei diete de slăbire severe) activitatea axei HHO este complet oprită. Ca urmare nivelul FSH-ului, LH-ului şi al estrogenului este redus. Problema ar putea fi rezolvată în timp, cu ajutorul unui psihiatru (p. 408) ori cu sfaturi privitoare la dietă sau la modul de a face faţă la stres -acolo unde este cazul. Trebuie să-i recomanzi să folosească contraceptive, deoarece ovulaţia poate reveni oricând. Dacă doreşte să aibă copii sau să vadă că poate avea ciclu, se recomandă clomifen pentru tulburările moderate, însă tulburările severe vor necesita stimulare cu hormon eliberator de gonadotrofină (vezi p. 58 pentru ambele).

Menoragia

Reprezintă pierderea unei cantităţi excesive de sânge menstrual. Cantităţile propriu-zise sunt rareori măsurate, aşa că de cele mai multe ori aprecierea este subiectivă. Femeia care elimină cheaguri nu poate controla pierderile, sau dacă este anemică, cu siguranţă că pierde mai mult sânge decât normal, însă de cele mai multe ori motivul prezentării este o pierdere în limite normale dar stânjenitoare din punct de vedere social.

Cauze. Frecvenţa cauzelor se modifică în funcţie de vârsta pacientei. La adolescente cel mai frecvent este vorba de sarcină sau de sângerări uterine disfuncţionale. Odată cu creşterea în vârstă gândeşte-te de asemenea la DCI, fibroame, endometrioză şi adenomioză, infecţii pelvine, polipi. La *femeia în premenopauză* consideră posibilitatea carcinomului endometrial. Întreabă despre probleme generale de coagulare, fiindcă femeia ar putea avea o discrazie sanguină. Recomandă/execută o examinare ginecologică -care poate releva polipi, fibrom, sau endometrioză. >De fiecare dată pune-ţi întrebarea: *poate fi cumva hipotiroidiană?* (ex: letargie, depresie, câştig ponderal, constipaţie, intoleranţă la frig, bradicardie, piele uscată, guşă, edeme -vezi MMC, p. 620).

Investigaţii Câteodată nu este nici una necesară. Consideră oportunitatea pentru HC, TFT; examen ecografic sau laparoscopic dacă se suspectează o patologie pelvină. Femeile în premenopauză necesită chiuretaj pentru a exclude carcinomul endometrial.

Sângerări uterine disfuncţionale (SUD). Reprezintă sângerări în cantitate mare/ sau cu caracter neregulat, în absenţa unei patologii pelvine. Pot fi asociate: cu cicluri anovulatorii şi deci sunt mai frecvente la extremele vârstei reproductive; cu cicluri ovulatorii, cum ar fi în situaţia unei faze luteale inadecvate. Diagnosticul se pune prin excluzie, în situaţiile când examenul ginecologic este normal şi au fost eliminate posibilele cauze organice.

Tratamentul menoragiei

Trebuie tratată boala de bază. În situaţiile în care diagnosticul este de sângerare uterină disfuncţională tratamentul este în funcţie de vârstă. Încurajarea că nu este nimic grav poate ajuta. Menoragia precoce dispare în general fără nici un tratament, pe măsură ce ciclurile devin ovulatorii. Sângerările masive pot răspunde la tratament medicamentos non-hormonal, hormonal, sau de ambele tipuri. Pentru o femeie a cărei familie este completă se poate prefera o soluţie radicală -histerectomia sau ablaţia endometrială -dacă nu mai poate aştepta până la menopauză.

Preparatele non-hormonale sunt preferate. Se administrează în cursul sângerării -pe care o diminuă[1]. Încearcă cu un anti-prostaglandinic cum ar fi acidul mefenamic 500mg/8h PO pc; CI: ulcer peptic. Medicamentele antifibrinolitice, de ex: acidul tranexamic 1-1,5g/6-8h PO pot fi de ajutor. CI: afecţiuni tromboembolice.

Menoragia

Terapia hormonală: progestogeni în administrare ciclică, de ex: norethisteron 5mg/8h PO sunt administraţi în mod tradiţional ori în a doua jumătate a ciclului -zilele 12-26; sau, dacă nu se obţin rezultate, pe toată durata ciclului -zilele 5-26, urmate de o pauză în care are loc menstruaţie. Nu sunt însă studii care să dovedească eficienţa acestui tratament[1]. ES: câştig ponderal, distensia sânilor, senzaţie de plenitudine gastrică. Poate fi încercată pilula contraceptivă orală combinată, însă aceasta este contraindicată la femeile mai în vârstă care suferă cel mai mult din cauza menoragiei. Danazol 100mg/6-24h PO este eficient (şi scump), însă efectele secundare pot fi inacceptabile: câştig ponderal, acnee, dureri musculare, amenoree. Poate inhiba ovulaţia însă nu este un contraceptiv sigur, şi trebuie deci să recomanzi şi metode contraceptive tip barieră fiindcă determină masculinizarea feţilor _.

▶Pentru a opri o sângerare masivă de la nivelul endometrului utilizează norethisteron 5mg/8h PO.

---

[1] Drug Ther Bul 1990 28 1

Sindromul premenstrual

Majoritatea femeilor observă că dispoziţia, sau starea lor psihică este mai proastă premenstrual. Simptomele pot fi minore într-o lună şi accentuate în următoarea lună, probabil în funcţie şi de evenimentele înconjurătoare. Simptomele au tendinţa de a fi mai accentuate în grupul de vârstă de 30 şi 40 de ani şi diminuă după administrarea regulată a pilulei anticoncepţionale. Aproximativ 3% din femei au în mod regulat simptome atât de severe încât nu îşi pot desfăşura o viaţă normală; acesta este sindromul premenstrual (SPM) sau tensiunea premenstruală (TPM).

Cauze. Există numeroase ipoteze însă dovezile sunt puţine. Majoritatea sugerează o formă de dezechilibru între estrogen şi progesteron. Alte teorii propun existenţa unor anomalii la nivelul altor hormoni sau electroliţi, factori nutritivi sau chiar cauze psihosociale. Există date care arată că sistemul serotoninic al SNC-ului ar fi perturbat premenstrual.

Simptome. Cel mai frecvent se înregistrează o stare de tensiune şi iritabilitate; depresie; senzaţie de plenitudine gastrică, distensia sânilor; poftă crescută pentru carbohidrate; cefalee; stângăcii diverse. Poate apărea aproape orice simptom.

Diagnostic. Sugerează-i să ţină un jurnal al simptomelor. Dacă are SPM, simptomele se agravează înainte de ciclu şi sunt ameliorate de menstruaţie, după care urmează cel puţin o săptămână fără probleme. Jurnalul poate de asemenea să arate prezenţa unei probleme psihiatrice (care se accentuează premenstrual) sau a unor tulburări menstruale.

Tratament[1] . Simpla recunoaştere a problemei, ascultarea pacientei şi încurajarea ei poate fi tot ceea ce este necesar pentru a depăşi această situaţie. Are partener şi copii înţelegători? Poate să-şi modifice programul de lucru pentru a reduce stresul premenstrual? Unele femei găsesc grupurile de întrajutorare ca fiind eficiente. Măsuri ca: îmbunătăţirea dietei, reducerea fumatului şi a consumului de alcool, creşterea exerciţiilor fizice şi de self relaxare -sunt frecvent benefice. Unele remedii naturale nu sunt testate din punct de vedere ştiinţific însă unele paciente le găsesc ca fiind eficiente (ex: salvie şi secărea pentru iritabilitate).

Orice tratament medical are şi un efect placebo important, care poate duce la îmbunătăţiri de până la 90% în unele studii. Piridoxina 100mg/24h PO, administrată în perioada simptomatică sau în mod continuu, este benefică în special pentru schimbările de dispoziţie şi cefalee (notă: dozele mari pot produce o neuropatie periferică reversibilă).

Pentru mastalgia ciclică severă consideră: **1** Reducerea grăsimilor saturate consumate: acestea măresc afinitatea receptorilor pentru estrogen.[2]

2 Acid gamolenic 120mg/12h PO. 1 capsulă=40mg ulei de ciuboţica cucului.

3 Bromocriptină 2,5mg/12h PO în zilele 10-26, chiar şi dacă prolactina este normală.

4 Danazol 100-200mg/12h PO timp de 7 zile înainte de menstruaţie (vezi mai jos).

Progestogenii administraţi premenstrual, de ex. progesteron supozitoare 200mg/12h PR sau PV, sau didrogesteron 10mg/12h PR/PV pot oferi o ameliorare generală. Unele paciente se simt mai bine după suprimarea ovulaţiei: cu ajutorul pilulei contraceptive combinate; cu estrogen transdermic sau în implant; cu administrare ciclică de progesteron sau danazol 200mg/24h (ES: greaţă, câştig în greutate, masculinizarea unui făt - şi deci recomandă contracepţie tip barieră). Evită diureticele, cu excepţia unei retenţii severe de fluid (când medicamentul de elecţie este spironolactonă 25mg/6h PO în zilele 18-26 ale ciclului).

Pentru depresia premenstruală există un singur studiu randomizat care arată că sunt utile antidepresivele care măresc eliberarea de serotonină (fluoxetină 20mg/zi PO) şi care determină în 30% remisie completă.[3] Alte tratamente pentru SPM includ: acid mefenamic (250-500mg/8h PO din ziua 16 până în a 3-a zi de menstruaţie). Acesta poate reduce senzaţia de oboseală, cefaleea, durerile şi modificările stărilor de dispoziţie. Goserelina (OHCM p 392) poate fi utilă în SPM sever, însă simptomele reapar când se reia activitatea ovariană şi în plus, după 6 luni de utilizare se poate observa subţierea oaselor. Se foloseşte mai degrabă pentru a prezice eficienţa unei histerectomii cu ooforectomie la femeile cu afectare severă (şi care apoi pot beneficia de substituţie cu estrogeni).[4]

---

1 D Sanders 1988 in *Women's Problems in General Practice*, OUP

2 *Drug Ther Bul* 1992 30 1

3 DB Menkes 1992 *BMJ* ii 346

4 P O'Brien 1992 in *Gynaecology*, Churchill Livingstone, 325-39

Menopauza

Climacteriul este perioada de reducere a fertilității care duce la ultimul ciclu (denumit menopauză).

Probleme. Toate sunt în legătură cu scăderea nivelului de estrogeni:

1 Iregularitățile menstruale sunt frecvente înainte ca ciclul să se oprească complet, deseori deoarece aceste cicluri sunt anovulatorii.

2 Tulburări vasomotorii care determină bufeuri de căldură, transpirații și palpitații. Bufeurile sunt scurte și neplăcute; pot apărea la fiecare câteva minute timp și de peste 10 ani, tulburând viața normală și somnul.

3 Atrofia țesutului dependent de estrogen (organele genitale, sânii) și a tegumentelor. Uscăciunea vaginală poate duce la infecții vaginale și urinare, dispareunie, sângerări posttraumatice, incontinență de stres și prolaps.

4 Osteoporoză. Menopauza accelerează distrucția osoasă ceea ce predispune la fracturi de gât femural, radius și vertebre la vârste mai înaintate (p. 762).

5 Afecțiunile arteriale devin mai frecvente după menopauză. Atitudinile față de menopauză variază considerabil; problemele psihosociale cum ar fi iritabilitatea, depresia, "sindromul cuibului gol" se exacerbează și sunt exacerbate de menopauză.

Tratament: 20% din femei solicită ajutorul unui medic.

- Este vorba despre menopauză? Afecțiunile tiroidiene și cele psihiatrice se pot prezenta similar. Măsoară FSH-ul la o femeie mai tânără (este foarte crescut la menopauză).
- Discuțiile ajută la diminuarea problemelor psihosociale și fac ca problemele legate de simptome să fie mai ușor de suportat. Este familia suficient de înțelegătoare?
- Menoragia poate răspunde la tratament. Este necesar un chiuretaj dacă are sângerări neregulate și anormale (poate fi o decizie dificil de luat).
- Contracepția trebuie continuată încă un an după ultimul ciclu. Se poate recomanda pilulă numai cu progesteron, sterilet sau metode tip barieră.
- Bufeurile răspund la tratamentul cu clonidină 50-75µg/12h PO, tratament de substituție cu hormoni sau tibolone.
- Uscăciunea vaginală răspunde la tratamentul cu estrogeni.

Terapia de substituție cu hormoni (TSH) Estrogenul nu este un panaceu pentru toate problemele, însă este eficient pentru tratamentul bufeurilor și al vaginitei atrofice. Determină amânarea pierderilor postmenopauzale de substanță osoasă și protejează împotriva afecțiunilor cardiovasculare (efect controversat[1,2]), însă ar putea crește riscul de cancer mamar.[3]

Beneficiile tratamentului de substituție sunt multiple; probabil că majoritatea femeilor ar trebui să aibe în vedere acest tratament.

Femeile care au uter trebuie de asemenea să primească progestogeni, de ex: norgestrel 150µg/24h, PO 12 zile din 28, pentru a reduce riscul de cancer endometrial; acesta determină sângerări de tip menstrual (dacă nu sunt acceptabile consideră administrarea de tibolone 2,5mg/zi PO, un preparat care nu produce sângerări sau administrarea continuă de preparate combinate estrogen/progesteron)[4,5].

Contraindicaţiile TSH: cancer mamar, HTA; sânii şi organele genitale trebuie examinate anual şi orice sângerare anormală trebuie investigată.

Tabletele conţin ori estrogen natural conjugat 0,625-1,25mg/24h ori estrogen sintetic, de ex: estradiol 1-2mg/24h. Începe cu o doză mică pe care o măreşti până reuşeşti controlul simptomelor.

Cremele sunt utile pentru simptomele vaginale, de ex: estriol 0,1% sau dienostrol 0,01% cremă. Recomandă o aplicare PV de două ori pe săptămână. Sunt absorbite însă dacă se utilizează cu intermitenţă nu este nevoie de progesteron.

Pachetele transdermice sunt mai puţin "medicale" însă sunt scumpe, iar femeile care au uter mai au nevoie şi de progesteron ex. tot transdermic (Estracombi®) sau tablete. Pachetele transdermice de estradiol eliberează 25-100µg/24h pentru 3-4 zile. ES: dermatită.

Implante de estradiol (chirurgicale) 25mg durează ~36 săptămâni, 100mg durează ~1 an.

---

1 WF Posthuma 1994 *BMJ* i 1268
2 MH Duncan 1994 *BMJ* ii 191
3 P Belchetz 1989 *BMJ* ii 1467
4 *Drug Ther Bul* 1991 29 77
5 M Rees 1994 *Lancet* 343 250

Întreruperea sarcinii

În toată lumea, aproximativ o treime din sarcini sunt întrerupte înainte de termen. O contracepţie eficientă reduce, însă nu aboleşte necesitatea avorturilor. În Marea Britanie se fac anual mai mult de 150.000 întreruperi de sarcini.

Cadrul legal (Human Fertilization/Embriology Acts din 1967 şi 1990) permite întreruperea unei sarcini *înainte de 24 de săptămâni*, dacă intervenţia reduce riscul pentru:

1 Viaţa mamei, sau: **2** Afecţiuni medicale sau psihiatrice ale mamei, sau: **3** Afecţiuni medicale sau psihiatrice ale copiilor deja existenţi, sau: **4** Viitorul copil are un risc crescut de a se naşte handicapat mental sau fizic.

Clauza 1 acoperă din punct de vedere tehnic orice întrerupere de sarcină care este mai sigură pentru viaţa mamei decât o naştere, însă 90% din întreruperi se fac în cadrul *clauzei* 2 (clauza "socială"). Formularul pentru întrerupere trebuie semnat de doi doctori. Pentru pacientele sub 16 ani este nevoie atât de consimţământul pacientei, cît şi de cel al părinţilor.

Nu există o perioadă de gestaţie limită dacă există: ● Risc pentru viaţa mamei.

● Riscul unor consecinţe grave asupra stării fizice sau psihice a mamei (în cadrul unor previziuni rezonabile).

● Un risc substanţial ca copilul care se naşte să aibă anomalii fizice sau mentale substanţiale ce ar crea un handicap sever.

<1% din întreruperi de sarcină se fac după vârsta de 20 de săptămâni, frecvent după amniocenteză, când este vorba de o mamă foarte tânără sau deja la menopauză, care a ţinut în secret sarcina sau nu şi-a dat seama de ea. Întreruperea sarcinii după 24 săptămâni se poate face numai într-un spital de stat.

Înainte de procedură ▶Va trebui să trăiască cu responsabilitatea deciziei pentru tot restul vieţii.

● Oferă sfaturi pentru a putea lua o decizie pe care să o regrete cel mai puţin.

● Este într-adevăr însărcinată? Fă-i un tuşeu vaginal pentru a confirma datele sarcinii.

● Este întreruperea ceea ce îşi doreşte cu adevărat? De ce? A luat în considerare alte alternative? Ce părere are tatăl copilului despre acest lucru? Oferă-i timp de gândire şi dă-i posibilitatea să se hotărască la o altă zi de consultaţie.

● Execută screening pentru chlamidia. Dacă nu este tratată 25% fac salpingită post-op, p 50.

● Discută metode contraceptive (poţi începe administrarea pilulei anticoncepţionale chiar în ziua următoare dacă ea doreşte).

● Aranjează să vină periodic la consult. Dacă este RhD negativă va necesita anti-D (p. 120). Data la care ar fi trebuit să nască poate declanşa tulburări emoţionale.

Întreruperea sarcinii

Metode Cea mai frecventă metodă folosită pentru avortul din primul trimestru este dilatarea cervixului urmată de chiuretaj sau aspirarea prin vacuum a conţinutului uterin. Mortalitatea este scăzută (1:100 000); la fel şi riscul septic.

Pentru avorturile din al doilea trimestru, se induce naşterea utilizând gel intravaginal cu prostaglandine sau pesare, de ex. gemeprost 1mg/3h până la maximum de 5 în 24h. Mai poate fi nevoie de ocitocină pentru a stimula contracţiile şi de chiuretarea resturilor de placentă. Procedura poate fi dureroasă, durează mult şi este neplăcută. O alternativă este evacuarea chirurgicală a uterului cu ajutorul unui forceps. Este o procedură neplăcută şi necesită o dilatare mare a uterului care poate produce leziuni, chiar dacă uterul a fost pregătit cu prostaglandine. După 14 săptămâni mortalitatea avortului creşte semnificativ, în funcţie de vârsta sarcinii.

Întreruperea medicală în 4 stadii: (sarcină <9 săptămâni, în clinici aprobate): ● Sfătuieşte-te cu pacientă şi examineaz-o ecografic. ● Administrează sub supraveghere mifepristone 600mg PO (RU486, un antiprogesteron) care va produce des-implantarea produsului de concepţie (CI: fumători >35 ani; evită administrarea de aspirină şi AINS pentru 12 zile). ● Administrează un pesar de gemeprost 1mg, la 36-48h mai târziu, care va completa avortul. Doar 3% avortează înainte. ● Controlează pacienta clinic şi ecografic după 12 zile. O intervenţie chirurgicală este necesară în 5%. Morbiditatea psihiatrică este aparent similară cu cea după o întrerupere chirurgicală de sarcină.

Avortul

Avortul este pierderea unei sarcini înainte de 24 de săptămâni de gestație. 20-40% din sarcini sunt avortate, cel mai frecvent în primul trimestru.

Tratamentul sângerărilor precoce din cursul sarcinii. Consideră următoarele:

- Este în stare de șoc? S-ar putea să aibă sânge sau elemente ale produsului de concepție reținute în canalul cervical (se elimină cu ajutorul unui forceps cu burete).
- Poate fi o sarcină ectopică? (vezi p. 24).
- Sîngerarea și durerea a fost mai accentuată decât în cursul unei menstruații normale? Au fost văzute fragmente din produsul de concepție? (cheagurile pot fi confundate cu fragmente din produsul de concepție).
- Orificiul cervical este deschis? Ostium extern al unei multipare permite intrarea vârfului unui deget.
- Este uterul de dimensiuni corespunzătoare vârstei sarcinii?
- Sângerează cumva de la o leziune cervicală și nu de la nivelul uterului?
- Care este grupul sanguin? Dacă este Rh negativă va avea nevoie de anti-D (p. 120).

Dacă simptomele sunt minore și ostium cervical este închis, atunci este vorba de o *iminență de avort*. Se recomandă repaus, care de multe ori este însă ineficient. 75% se vor ameliora. Iminența de avort (în special în trimestrul 2[1]) se asociază cu risc de ruptură prematură de membrane[2] și cu naștere prematură -deci trimite mama să nască într-un spital dotat cu toate facilitățile.[1]

Înainte de 8 săptămâni un avort poate fi complet și evacuarea chirurgicală a resturilor produsului de concepție nu este necesară (ERPC).

Dacă simptomele sunt severe și ostium este deschis este vorba de un *avort inevitabil*, sau, dacă majoritatea produsului de concepție a fost eliminat deja, de un *avort incomplet*. Dacă sângerarea este profuză, consideră administrarea de ergometrină 0,5mg IM. Aranjează pentru evacuarea chirurgicală a resturilor produsului de concepție (ERPC).

Avortul întrerupt: Fătul moare dar este reținut în uter. Pacienta poate să fi avut sângerări cu câtva timp în urmă, iar uterul este mic pentru vârsta sarcinii. Confirmă diagnosticul ecografic. Necesită evacuare chirurgicală sau cu ajutorul prostaglandinelor.

Diagnosticul sângerărilor precoce din timpul sarcinii nu este întotdeauna foarte ușor. Ecografia poate fi utilă, însă testele de sarcină rămân pozitive și la câteva zile de la decesul fătului.

Avortul de la mijlocul sarcinii. Este în general produs de cauze mecanice, ex. incompetența cervicală (eliminarea rapidă și fără durere a fetusului), anomalii uterine, sau afecțiuni cronice ale mamei (ex. DZ, LES).

După un avort ▶Pierderea unei sarcini determină doliu în famile. Oferă părinţilor multă înţelegere. Vor dori să ştie de ce s-a întâmplat şi dacă se va întâmpla din nou.

Majoritatea avorturilor în prima parte a sarcinii sunt datorate anomaliilor de dezvoltare fetală; numai 10% sunt datorate afecţiunilor materne (ex: pirexie). Majoritatea sarcinilor următoare sunt normale, deşi există un risc crescut. 3 avorturi, fără nici o sarcină normală necesită trimitere pentru investigaţii genetice, imunologice şi anatomice.

Un cervix incompetent poate fi întărit prin cerclaj cervical în aproximativ a 16-a săptămână de sarcină, care este retras înainte de naştere.

Cea mai bună perioadă pentru a încerca din nou este atunci când părinţii o doresc.

Avortul septic. Este în general urmarea unui avort ilegal. Se prezintă ca o salpingită acută (p 50) şi se tratează în mod similar. Începe administrarea antibioticelor cu spectru larg înainte de chiuretaj, ex. co-amoxiclav (fiolele au 1,2g din care 1g este amoxicilină şi 200mg acid clavulanic; administrează 1,2g/6h IV) şi metronidazol (ex. 1g supozitoare/8h).

---

1 P Sipila 1992 *Br J Obstet* Gyn 99 959
2 J Konje 1992 *J Obstet Gynae* 12 150

Sarcina ectopică

Ovulul fertilizat se implantează în afara cavităţii uterine. În UK incidenţa este de 9:1000 sarcini şi este în creştere; în lume ratele sunt mai mari. Aproape 10% din decesele materne se datorează unei sarcini ectopice.

Factori predispozanţi Orice factor care încetineşte trecerea ovulului spre uter creşte riscul; distrucţii ale trompei produse de salpingită sau alte tratamente chirurgicale; alte sarcini ectopice în antecedente; endometrioza; prezenţa unui sterilet; pilula numai cu progesteron (PoP, p.68), GIFT (p.58).

Locul implantării: în 97% este la nivelul trompei. Majoritatea se implantează la nivelul ampulei, 25% în zona îngustă şi inextensibilă a istmului (deci se prezintă precoce, cu ruptură). 3% se implantează la nivelul ovarului, cervixului sau peritoneului.

Evoluţia naturală. Trofoblastul invadează pereţii trompei, care devin fragili şi determină hemoragii ce dislocă embrionul. Dacă trompa nu se rupe, sângele şi embrionul sunt eliminaţi sau transformaţi într-o molă tubară care se absoarbe. Ruptura se poate face pe neaşteptate şi poate fi catastrofică, sau se poate face treptat, dând naştere la durere şi pierderi de sânge. Sarcinile peritoneale pot supravieţui până în al treilea trimestru, şi se pot prezenta cu incapacitatea femeii de a naşte.

Prezentarea clinică ▶Gîndeşte-te întotdeauna la o sarcină ectopică în cazul unei femei tinere, activă sexual şi care se prezintă cu durere abdominală şi sângerări.

În general femeia are o perioadă de 8 săptămâni de *amenoree*, însă o sarcină ectopică se poate rupe înainte ca ciclul să fie întrerupt. Colica tubară (se încearcă dislocarea sarcinii) determină *durere abdominală care precedă sângerarea vaginală*. Sângele poate fi închis la culoare ("suc de prune" deoarece se elimină şi decidua din uter) sau proaspăt. Sarcina ectopică poate rupe trompa declanşând o durere neaşteptată, foarte puternică, peritonism şi şoc. Mai frecvent se manifestă prin sângerare vaginală care se accentuează treptat, şi prin sângerare în cavitatea peritoneală care produce durere în vârful umărului (prin iritaţia diafragmului) şi durere la defecaţie şi la urinare (datorită sângelui acumulat în pelvis). Pacienta poate să leşine şi să aibă un abdomen dureros la palpare (95%), uter mărit (30%), sensibilitate pe cervix (50%), formaţiune palpabilă pe anexe (63%). Examinarea trebuie făcută cu mare grijă pentru a reduce riscul de ruptură.

Teste[1]**:** Nici un test nu este 100% sigur. Recomandă un test de sarcină dacă este necesar. Progesteronul seric <15mg/ml, ecografia arată un uter gol sau lichid în pelvis; aspirarea cu acul de sânge din sacul rectovaginal este foarte sugestivă pentru diagnostic. În 20% ecografia evidenţiază sarcina ectopică. Cu cît este mai mare gradul de suspiciune cu atât trebuie recomandat mai repede o laparoscopie. Sarcina este eliminată la laparotomie sau laparoscopie, conservând trompa, dacă este posibil. Are nevoie de anti-D? (p. 120).

▶▶Şocul produs prin ruptura unei sarcini ectopice poate fi fatal. Este nevoie de *laparotomie imediată,* deoarece numai clamparea arterei care sângerează poate salva viaţa pacientei. Dacă suspectezi o sarcină ectopică ruptă montează-i imediat o canulă IV cu o perfuzie; dacă este deja în şoc montează două canule (de 14 sau 16G). Administrează coloizi cît poţi de repede (foloseşte o pungă sub presiune pentru a mări debitul), care pot fi urmaţi de sânge integral O-tiv când situaţia este disperată, însă de cele mai multe ori este bine să aştepţi pentru a obţine sânge perfect compatibil. Mergi imediat cu pacienta la sala de operaţie.

Măsuri pentru a reduce şansele de a nu observa o sarcină ectopică[1]**:**

- Trimite de fiecare dată la analiză histologică fragmentele rezultate de la chiuretaj (p. 76).
- Dacă examenul histologic nu confirmă fragmente de făt, cheamă imediat pacienta la control (asigură-te că vei primi rapid rezultatele histologice).
- Cînd examenul ecografic sugerează un avort oprit, iar fătul nu a fost văzut, puneţi întrebarea: poate fi o sarcină ectopică?

---

[1] S Norman 1991 *Br J Obs Gynae* 98 1267

Maladia trofoblastică

Mola hidatiformă şi coriocarcinomul sunt forme ale maladiei trofoblastice. Ovulul fertilizat formează un ţesut trofoblastic anormal şi lipsit de fetus. Dezvoltarea poate fi benignă (molă) sau malignă (choriocarcinom).

Din punct de vedere genetic informaţia este paternă, însă cariotipul este 46XX. Rareori se poate întâlni o molă parţială, triploidă, alături de un fetus (de obicei anormal). Se pare că molele parţiale nu se dezvoltă în coriocarcinoame.

Mola hidatiformă. Tumora se formează prin proliferarea vililor corionici care se umflă şi apoi degenerează. Deoarece se dezvoltă din corion va produce gonadotrofină corionică (HCG) în cantităţi foarte mari. Aceasta duce la exagerarea simptomelor de sarcină şi la un test de sarcină intens pozitiv. Incidenţa este de 1,54: 1000 naşteri în UK. Este mai frecventă la extremităţile perioadei fertile, după o altă molă şi la persoanele non-caucaziene. O femeie care a avut o molă în antecedente va avea un risc crescut la sarcinile ulterioare: 0,8-2,9% după o singură molă şi de 15-28% după 2 mole.

Modul de prezentare este frecvent cu o sarcină care "nu este tocmai în regulă": pacienta poate avea greţuri matinale severe, sau pre-eclampsie în primul trimestru (20%); în 50% din cazuri uterul este mai mare decât pentru vârsta sarcinii şi este elastic în loc să fie ferm. Nu se pot asculta bătăi fetale. Ecografic: "furtună de zăpadă" în interiorul uterului.

50% se prezintă cu sângerări vaginale care sunt frecvent în cantitate mare sau prelungite. Ţesutul molar este predispus de a fi avortat.

Durerea abdominală poate fi dată de chisturi uriaşe la nivelul ambelor ovare. Chisturile se pot rupe sau torsiona. Diminuă abia după 4 săptămâni de la evacuarea molei. HCG este asemănător cu TSH-ul şi de aceea poate determina hipertiroidism.

▶Menţionează acest lucru anestezistului deoarece se poate declanşa furtuna tireotoxică la evacuarea molei.

Tratamentul molei se face prin îndepărtarea ţesutului molar. Uterul, care este moale şi predispus la perforaţii, este evacuat prin sucţiune uşoară, urmată de repetarea evacuării după aproximativ 10 zile. Pacienta trebuie să evite o nouă sarcină precum şi pilulele anticoncepţionale timp de 1 an, perioadă în care se urmăreşte nivelul HCG. HCG trebuie să ajungă în limite normale în decurs de 6 luni. Dacă HCG nu revine la normal, înseamnă că ori mola a fost invazivă (a penetrat miometrul) ori a dat naştere la un coriocarcinom (10%). Mola invazivă poate metastaza de ex: în plămîn, vagin, creier, ficat şi tegumente. Ambele afecţiuni răspund la chemoterapie.

Coriocarcinomul. Tumoră cu înalt grad de malignitate care apare în 1:4000 de sarcini. 50% apar după o molă benignă, 20% după un avort şi 10% după o sarcină normală. *Mod de prezentare:* poate fi la mulţi ani după o sarcină, cu stare generală alterată (datorită malignităţii şi a unui HCG crescut); cu sângerări uterine; cu semne şi simptome date de metastaze, care pot fi foarte hemoragice, ex. hemoperitoneu sau opacităţi în formă de ghiulea la RXT. Obstrucţia arterei pulmonare prin emboli tumorali, poate duce la hipertensiune arterială pulmonară (hemoptizie şi dispnee).[1]

Tratament: în Anglia, coriocarcinomul este tratat în 3 centre specializate şi răspunde extrem de bine la o combinaţie de chemoterapie bazată pe methotrexat. Prognosticul este excelent, iar fertilitatea este de cele mai multe ori păstrată.

▶Sîngerările vaginale persistente după o sarcină, necesită investigaţii pentru a exclude coriocarcinomul.

---

[1] M Seckl 1991 *Lancet* ii 1313

Vulva

Pruritul vulvar (Pruritus vulvae). Creează suferință şi disconfort.

Cauze: Afecțiuni ce determină prurit în general (p. 654) sau boli ale pielii (ex: psoriazis, lichen plan). Cauza poate fi locală: infecție şi secreție vaginală (ex: candida); infestare (ex: scabie, pediculoză pubiană, oxiuroză); distrofia vulvară (lichen scleros, leucoplazie, carcinom). Simptomele pot fi de origine psihogenă. Obezitatea şi incontinența exacerbează simptomele[1]. Atrofia post-menopauzală nu determină prurit.

Istoricul bolii poate sugera cauza. Examinează întinderile lezionale ale pielii şi starea generală a bolnavei. Examinează vulva şi restul tractului genital, cu ajutorul amplificării optice dacă este posibil şi efectuează un frotiu cervical. Ia probe vaginale şi vulvare, execută testul pentru glicozurie sau chiar o biopsie în cazul în care ai dubii în privința diagnosticului.

▶Gratajul şi medicația pot modifica aspectul macroscopic al leziunilor.

Tratament: este frecvent nesatisfăcător. Tratează cauza atunci când este posibil. Liniştirea pacientei este foarte importantă. Sfătuieşte bolnava să evite purtarea lenjeriei intime din nylon, folosirea săpunului şi a chimicalelor (se înlocuiesc cu o cremă apoasă) şi recomandă uscarea cu uscătorul de păr. O cură scurtă de steroizi topici, ex: cremă cu betametazonă valerat 0,1% poate fi de un real ajutor. Evită orice preparat topic ce poate sensibiliza pielea şi prescrie dacă este necesar antipruriginoase orale, ex: prometazina 25-50 mg/24 h.

Lichenul scleros. Apare datorită convertirii fibrelor elastice în fibre de colagen începând din a doua decadă a vieții. Treptat vulva devine albă, plată şi lucioasă. Poate apare o leziune cu aspect de sticlă de ceas în jurul vulvei şi anusului, intens pruriginoasă. Nu este considerată leziune pre-malignă.

Tratament: Crema cu testosteron poate atenua simptomele dar nu este uşor accesibilă[1]. Se mai poate folosi crema pe bază de betametazonă valerat 0,1%; ablație vulvară pentru diminuarea pruritului.

Leucoplazia. Apare sub forma unor pete albe pe şi în jurul vulvei datorită îngroşării şi hipertrofiei pielii. Este pruriginoasă. Fiind considerată o leziune pre-malignă este necesară biopsia. *Tratament:* corticosteroizi topici (efecte secundare: subțierea mucoasei, absorbție rapidă).

Carcinomul vulvar în 95% este scuamos. Este rar şi apare predominant la persoanele în vârstă.

Malignizarea vulvară prezintă o fază preinvazivă, neoplazia vulvară intraepitelială (NPI), ce poate fi pruriginoasă. Aproximativ 5% progresează spre carcinom invaziv. NPI este asociată infecției cu papilloma virus uman (PVU). Uneori papiloamele nu sînt vizibile dar colorația cu acid acetic 5% relevă zonele afectate care apar de colorație albă. Atunci când se pune diagnosticul de NPI la biopsie, examinează cervixul și verifică sânii (> 10% pot avea neoplazie coexistentă și în alte zone anatomice, mai ales cervicală). Scopul tratamentului este de ținere sub control a simptomelor prin ablația chimică a leziunii (cremă cu 5-fluorouracil, p. 658), cu ajutorul laserului sau chirurgical. Vulvectomia simplă se face când tratamentele anterioare au fost nesatisfăcătoare[1].

Un ulcer indurat cu margine eversată sugerează un carcinom. Poate fi asimptomatic, până în momentul apariției durerii și sângerării, de aceea bolnavele se prezintă adesea târziu la doctor (50% au deja metastaze ganglionare inghinale).

Tratament: vulvectomie radicală (excizie largă a vulvei + îndepărtarea ganglionilor inghinali). Cicatricele postoperatorii necesită uneori grefe de piele. 5 ani supraviețuire în 75% cazuri pentru leziuni < 2 cm fără implicarea ganglionilor; < 50% când sînt afectați și ganglionii.

---

[1] D Luesley 1989 *Update* 39 908

Ulcerele şi nodulii vulvari

Cauzele nodulilor vulvari: varice; furuncule; chisturi sebacee, keratoacantomul (rar); papiloame virale (condyloma acuminata); condilomata lata (sifilis); şancrul primar; molluscum contagiosum; chist sau abces de glandă Bartholin; prolaps sau polip uterin; hernie inghinală; varicocel; carcinom.

Papiloame vulvare (papilloma virus uman. PVU se transmite de obicei prin contact sexual). Perioada de incubaţie: câteva săptămâni. Partenerul poate să nu prezinte papiloame peniene evidente. Pot fi afectate vulva, perineul, anusul, vaginul sau cervixul. Papiloamele pot fi foarte floride la persoanele gravide şi imunosupresate. Tipurile 16, 18, 33 de PVU cauzează uneori neoplazie intraepitelială vulvară şi cervicală, de aceea, este necesară efectuarea anuală de frotiuri cervicale, plus examinarea vulvei. Papiloamele pot determina carcinom anal (OHCM, p. 155). Tratează ambii parteneri. Exclude alte infecţii genitale. Papiloamele pot fi distruse prin diatermie, criocauterizare sau chirurgie laser. Papiloamele vulvare şi anale (condiloma acuminata) se tratează săptămânal în clinicile de chirurgie folosind un badijonaj cu podofilină 15%, spălare după 30 min. CI: sarcină. Tratează o dată doar câteva papiloame pentru evitarea toxicităţii. Autobadijonarea cu podofilatoxină 0,5% (Warticon Fem®, cu ajutorul unei oglinzi): se utilizează 12 h pentru 3 zile, repetând mai mult de 4 ori la interval de săptămâni cu condiţia ca leziunea să fie < 4 cm^2. Apar frecvent recidive.

Tratează ambii parteneri. Se exclud alte infecţii genitale. Papiloamele pot fi distruse prin criocauterizare, diatermie sau laser excizie. Papiloamele vulvare şi anale sunt tratabile prin aplicarea săptămânală de podofilină 20%, cu spălare după 30 min. CI: graviditate.

Carunculul uretral. Este o inflamaţie de culoare roşie şi dimensiuni mici la nivelul orificiului uretral. Apare datorită prolapsului de meat. Poate fi sensibil şi creează durere în timpul micţiunii. *Tratament:* excizie sau diatermie.

Abcesul şi chistul glandei Bartholin. Glandele Bartholin şi canalele sale sunt situate sub labia minora. Ele secretă un mucus lubrifiant în timpul excitaţiei sexuale. În momentul blocării canalului are loc formarea unui chist dureros; dacă se infectează, abcesul rezultat provoacă durere extremă (persoana nu poate sta pe scaun), este foarte inflamat iar labia are o culoare intens roşie. *Tratament:* incizia abcesului şi drenare permanentă asigurată printr-o pungă inelară situată în interiorul peretelui posterior al chistului şi cusută la piele. *Teste:* exclude infecţia cu gonococ.

Vulvita. Inflamaţia vulvei apare datorită infecţiilor ex: candida (p. 48), herpesului simplex; chimicalelor (băi cu spumă, detergenţi). Este asociată sau este cauza secreţiei vaginale.

1. Ginecologie

Ulcerele şi nodulii vulvari

Cauzele ulcerului vulvar. Ia în considerare aproape întotdeauna sifilisul. Herpes simplex apare frecvent la tineri. Alte cauze: carcinom; şancru; limfogranulomatoza inghinală; granulom inghinal; TBC; sindrom Behçet; ulcer aftos; boală Crohn.

Herpes simplex. Herpes simplex tip II cu transmitere sexuală, clasic determină infecţii genitale dar şi tipul I diseminat din abcesele reci poate fi cauza. Vulva este ulcerată şi extrem de dureroasă. Poate apărea şi retenţie urinară. *Tratament:* analgezie intensivă, gel cu lignocaină 2%, băi cu sare (şi micţionare în apă). Exclude infecţiile coexistente. Acyclovir topic şi administrat PO 200 mg de 5 ori pe zi atenuează simptomele şi infecţia. Asigură-te că atacurile ce urmează sunt mai scurte şi mai puţin dureroase ca intensitate. Prescrie cremă cu acyclovir atunci când simptomele abia încep. În cazul gravidităţii vezi p.110.

Cervixul

Reprezintă acea parte a uterului situată dedesubtul orificiului intern. Canalul endocervical este acoperit de un epiteliu mucos cu celule dispuse în coloane, porţiunea vaginală a cervixului prezentând epiteliu scuamos. Zona de demarcaţie dintre cele două tipuri de epitelii - joncţiunea scuamo-columnară - este predispusă la modificări maligne.

Ectropionul cervical Este adesea numit şi eroziune cervicală, un termen cu răsunet alarmant pentru un fenomen normal. Leziunea apare ca un inel de culoare roşie în jurul orificiului, datorită faptului că epiteliul endocervical şi-a extins teritoriul peste epiteliul vecin al ectocervixului. Ectropionul se extinde temporar sub influenţa hormonală în timpul pubertăţii, sub acţiunea pilulelor contraceptive sau pe parcursul sarcinii. Cum epiteliul columnar este moale şi de tip glandular, ectropionul este predispus la sângerare, la producţia de mucus în exces şi la infecţie. *Tratament:* cauterizarea reprezintă metoda cea mai convenabilă, utilizată când există o injurie importantă; în caz contrar, nu necesită tratament.

Chisturile lui Naboth. Sunt chisturi ce apar datorită retenţiei de mucus. Sunt inofensive. *Tratament:* cauterizare doar dacă apare secreţie.

Polipi cervicali Aceste tumori benigne pedunculate iau naştere de obicei din epiteliul endocervical şi pot determina secreţie crescută de mucus sau sângerare post coitală. *Tratament:* la femeile tinere pot fi îndepărtaţi prin avulsiune dar pentru persoanele mai în vârstă, tratamentul include D şi C (dilatare şi chiuretare), pentru a exclude patologia intrauterină.

Cervicita Poate fi foliculară sau mucopurulentă, cu prezenţa secreţiei. *Cauze:* Chlamydia (mai mult de 50%), gonococul, herpes (caută veziculele). Cervicita cronică este de obicei o infecţie combinată şi poate răspunde la aplicarea unei creme antibacteriene. Cervicita poate masca un proces malign pe un frotiu cervical.

Screeningul cervical Cancerul cervical prezintă o fază preinvazivă: neoplazia cervicală intraepitelială (NCI). Frotiurile cervicale Papanicolaou colectează celule pentru microscopie în scopul identificării diskariozei (proces anormal ce reflectă NCI). Cu ajutorul frotiului, se identifică femeile ce au nevoie de o biopsie cervicală. Gradul de diskarioză aproximează severitatea NCI (Tabel 1, p.34). 50% din leziunile NCI de grad I revin la normal dar majoritatea leziunilor NCI III progresează spre carcinom invaziv. Acest proces are loc cam la aproximativ 10 ani dar la femeile tinere poate fi mai rapid.

Un program de executare a 2 frotiuri în primul an de activitate sexuală, urmat apoi de 3 frotiuri pe an, ar reduce incidenţa carcinomului invaziv la 90%.

Efectuarea unui frotiu: Cervixul este vizualizat şi celulele sunt răzuite la nivelul zonei de transformare cu o spatulă specială sau periuţă, apoi transferate pe o lamă şi fixate imediat. Este necesară o tehnică de calitate; cel mai bine este să înveţi tehnica de la un expert în acest domeniu.

---

1 D Taylor - Robinson 1994 *BMJ* i 150

Carcinomul cervical

▶Scopul: trebuie detectat în faza pre-invazivă (intraepitelială).

Aproximativ 2000 de femei mor anual de cancer cervical în UK. La 90% din ele nu s-a recoltat niciodată un frotiu. În UK screeningul a avut un impact mic asupra mortalităţii. Probleme: financiare, administrative, tehnice, stânjeneală, posibil progresia rapidă a bolii în cazul femeilor mai tinere.

Factori de risc pentru neoplazie: fumatul, parteneri sexuali multipli (în cazul ambelor sexe), răspândirea papilloma virus uman (PVU 16, 18 şi 33). Oncogenele HPV (E6) se leagă de gena supresoare de tumoră p. 53 (paznicul genomului, p. 844) provocând astfel apariţia tumorii. Astfel, carcinomul cervical este o boală transmisă sexual (nici unul din parteneri nu prezintă papiloame vizibile).

Mod de acţiune în cazul frotiurilor anormale Repetă un nou frotiu sau recomandă colposcopia şi biopsia în funcţie de ce reflectă frotiul cu NCI III sau afecţiunea microinvazivă (< 3 mm). Instrucţiuni în tabelul 2.

Tratamentul carcinomului preinvaziv Cervixul este examinat cu ajutorul colposcopului (X10 microscop binocular). Epiteliul anormal are o textură caracteristică a vaselor de sânge şi se colorează în alb cu acid acetic. Biopsii punctate trebuie luate pentru histologie. NCI este distrus prin crioterapie, laser, coagulare la rece sau electrodiatermie (necesită anestezie generală). Aceste metode dau aproximativ 90% vindecare după un singur tratament. După vindecare sunt necesare frotiuri anuale. Dacă joncţiunea scuamo-columnară nu se poate vedea, sau dacă la histologie apare carcinom microinvaziv, ţesutul anormal se îndepărtează prin biopsie conică, ce poate fi curativă. Colposcopia nu detectează adenocarcinomul.

Carcinomul invaziv Cândva boală a celor peste 50 de ani, astăzi apare şi la persoane sub 40 de ani. Majoritatea sunt carcinoame scuamoase. Aproximativ 50% sunt adenocarcinoame (din epiteliul endocervical, cu factori de risc necunoscuţi). Diseminarea este locală şi limfatică.

Stadiul I: tumora este limitată la cervix; *Stadiul II:* extindere locală; *Stadiul III:* extindere la pereţii pelvini şi treimea inferioară a vaginului; *Stadiul IV:* extindere la vezică şi rect. Majoritatea se prezintă în stadiul I sau II.

Diagnostic Carcinomul este detectat rar pe un frotiu. Sângerarea în afara ciclului menstrual (metroragia) este simptomul clasic. În stadiul precoce, tumora este fermă. Creşte apoi ca o masă friabilă ce sângerează la atingere.

Tratamentul carcinomului invaziv Histerectomia tip Wertheim sau radioterapia tratează atât tumora cât şi ganglionii limfatici, obţinând rate bune de vindecare pentru stadiul I (80% 5 ani supravieţuire) şi stadiul II (60%). Radioterapia determină stenoza vaginală: sfătuieşte pacienta să aibă raporturi sexuale în primele 2 luni de la tratament (cu folosirea unui lubrefiant atunci când este necesar). Urmăreşte persoana cu ajutorul frotiurilor anuale. Stadiul III necesită radioterapie extinsă. Tratamentul stadiului IV este paliativ. Complicaţiile terminale constau în durere, fistule, obstrucţia intestinelor şi a ureterelor.

Tabelul 1 Histologia afecţiunii cervicale premaligne

NCl I	Displazie uşoară
NCl II	Displazie moderată
NCl III	Displazie severă Carcinom in situ

(NCI = neoplazie cervicală intraepitelială)

Tabelul 2

	Clasa Papanicolaou	*Acţiune*	*Histologie*
I	Normal	Repetă peste 3 ani (Numai dacă nu există suspiciune clinică)	0,1% NCI II-III
II	Inflamat	Repetă peste 6 luni (Colposcopie în caz de 3 frotiuri anormale)	6% NCI II-III
	Atipie uşoară	Repetă peste 4 luni (Colposcopie după 2 anormale)	20-37% NCI II-III
III	Diskarioză uşoară	Colposcopie	50% NCI II-III
	Diskarioză moderată	Colposcopie	50-75% NCI II-III
IV	Diskarioză severă 'Pozitivă' 'Celule maligne'	Colposcopie	80-90% NCI II-III 5% invazie
V	Invazie suspectată	Urgent Colposcopie	50% invazie
	Celule glandulare anormale	Colposcopie de urgenţă	? Adenocarcinom

Cancerul cervical

Terminologia utilizată pentru descrierea frotiurilor s-a schimbat de-a lungul anilor. Tabelul 1 arată termeni comparativi. Tabelul 2 arată termenii curent folosiţi în rapoartele din UK şi modul de acţiune recomandat. Coloana a III-a, având ca antet cuvântul "histologie", arată procentul frotiurilor în care clasa Papanicolaou (citologică) are mai multe leziuni grave de tip NCI II sau III la examenul histologic. 6% din frotiurile cu celule inflamatorii prezintă o patologie serioasă, din acest motiv trebuie recomandată colposcopia atunci când inflamaţia persistă.

În 1986, termenul *atipia nucleară de graniţă* a fost introdus pentru cazurile de îndoială veritabilă a oricărei modificări de natură neoplazică. S-au emis noi indicaţii[1] pentru ca doctorii din laboratoare să recheme pacientele, ex: la 3-6 luni, eventual şi pentru investigaţia colului cu ajutorul colposcopiei, ex. după 2 frotiuri cu anormalitate nucleară de graniţă la care numărul celulelor afectate nu s-a redus în timp; în aceste cazuri colposcopia trebuie văzută ca făcând parte din procesul de screening şi nu e necesar ca să dicteze tratamentul. Această metodă ajută la înlăturarea rezultatelor fals negative, precum şi la evitarea unor probleme ce apar după un tratament îndelungat.

---

[1] Working Party Report 1994 *J Clin Path* 34 481-92

Uterul

Endometrita. Există o barieră (pH-ul acid vaginal şi mucusul cervical) ce împiedică apariţia unei infecţii uterine. În momentul când bariera se rupe, ex. după avort sau naştere, montarea unui sterilet sau realizarea unei operaţii, are loc infecţia ascendentă a uterului. Infecţia poate implica trompele uterine şi ovarele.

Modul de prezentare: Durere abdominală joasă şi febră; sensibilitate uterină la palpare bimanuală. De obicei, infecţia este produsă de chlamidia. *Teste:* efectuează probe cervicale şi hemoculturi. *Tratament:* prescrie antibiotice (ex. doxicilină 100 mg/24 h PO cu metronidazol 400 mg/8 h PO).

Proliferarea endometrială. Estrogenul stimulează proliferarea endometrului în prima jumătate a ciclului menstrual; apoi apare influenţa progesteronului care diminuă în timpul menstruaţiei. O proliferare excesivă este asociată cu sângerare menstruală abundentă şi polipi.

Dacă nivelele de estrogen se menţin ridicate (ex. cicluri anovulatorii) endometrul devine hiperplazic (hiperplazie glandulară chistică - diagnostic histologic după D & C). Eventual are loc o scădere bruscă a estrogenului provocând sângerări neregulate (hemoragie uterină disfuncţională). *Tratament:* progesteron ciclic (p.14).

La femeile în vârstă proliferarea poate consta în concentrări de celule atipice ce duc la carcinom endometrial (p.40).

Piometrul. Este un uter destins de puroi. Salpingita poate produce piosalpinx şi piometru sau blocajul secreţiei duce la inflamaţie şi infecţia secundară a uterului. *Tratament:* simptomatologia poate diminua prin drenare şi tratarea cauzei.

Hematometrul. Este un uter ocupat de sânge datorită blocajului menstrei. Este rar. Acest blocaj poate fi reprezentat de un himen imperforat la femei tinere (p.6); un carcinom; sau o stenoză cervicală iatrogenă după biopsie conică.

Tuberculoza endometrială. Tuberculoza tractului genital este rară în Marea Britanie, cu excepţia grupurilor cu risc (imigranţii asiatici). Diseminarea, de obicei, este hematogenă şi afectează în primul rând trompele apoi endometrul.

Dacă boala este foarte activă, persoana se poate prezenta cu salpingită acută sau cu infertilitate, durere pelviană, tulburări menstruale (ex. amenoree, oligomenoree). Poate apare un piosalpinx.

Exclude alte boli pulmonare cu ajutorul radiografiei. *Tratamentul* este de tip medicamentos folosind medicaţie tuberculostatică (OHCM, p. 198-200).

Repetă un examen histologic al endometrului după un an.

Carcinomul vaginal

Aceste tumori sunt, de obicei, scuamoase. Cel mai frecvent apar în treimea superioară a vaginului. Pacienta se prezintă, de obicei, datorită sângerării. S-a presupus că adenocarcinomul cu celule clare ar fi asociat cu expunerea intrauterină la dietilstilbestrol, dar riscul este scăzut (0,1 - 1:1000). Diseminarea este locală şi prin limfatice. Radioterapia este tratamentul obişnuit.

Fibroamele

Fibroamele sunt tumori benigne ale ţesutului muscular neted uterin (se mai numesc şi leiomioame). Frecvent sunt multiple şi variază ca dimensiune de la tumori de mărimea unui grăunte, la tumori enorme ce ocupă o mare parte din abdomen. Apar sub forma unor noduli la nivelul peretelui uterin, dar pot creşte atât de mult încât bombează în afară, situându-se dedesubtul peritoneului (subseros, 20%) sau sub endometru (submucos, 5%) sau devin pedunculaţi. Fibroamele sunt comune (20% din femei prezintă aceste tumori), cu vârsta cresc ca frecvenţă, apar şi la non-caucaziene.

Istoricul natural. Fibroamele sunt dependente de estrogen. Se măresc în timpul sarcinii sau sub influenţa contraceptivelor şi se atrofiază după menopauză. Pot degenera gradat sau subit (degenerare roşie). Ocazional se calcifică (pietre uterine). Rar are loc transformarea sarcomatoasă a fibroamelor - de obicei determinând durere, indispoziţie, sângerare, creştere în dimensiune la o femeie post-menopauzală.

Prezentare. Multe sunt asimptomatice.

- *Menoragie:* Fibroamele produc adesea sângerări menstruale abundente şi prelungite. În general nu cauzează hemoragie intermenstruală sau post-menopauzală.
- *Probleme în legătură cu fertilitatea:* fibroamele submucoase pot interfera cu implantarea (sunt un veritabil sterilet natural). Tumorile largi sau mutiple ce produc distorsiunea cavităţii uterine pot declanşa un avort atunci când implantarea a avut loc.
- *Durere:* poate fi datorită torsionării unui fibrom pedunculat, cu simptome asemănătoare unui ovar torsionat. "Degenerarea roşie", ca urmare a trombozei vaselor ce deservesc fibromul, apare numai în timpul sarcinii şi determină durere severă, febră şi apărare locală pînă cînd degenerarea este completă.
- *Mărimea:* fibroamele de dimensiuni mari se pot palpa abdominal. Pot presa vezica urinară sau venele adiacente creând edeme şi varice la nivelul membrelor inferioare. Fibroamele pelvine pot complica naşterea sau determina retenţie de urină.

Tratament. În multe cazuri nu este necesar tratamentul. Menoragia produsă de fibroame răspunde foarte puţin la tratamentul cu antiprostaglandine, progesteron sau danazol. Femeile care au copii pot opta pentru histerectomie. La femeile mai tinere se poate induce un status menopauzal reversibil cu analogie LHRH ex. buserelină spray nazal 100 mg/4 h (costisitor)[1] sau goserelină 3,6 mg lunar, injecţie subcutanată (metodă preferată - buserelina administrată intermitent poate determina creşterea în volum a tumorii în loc să o reducă în dimensiuni). Medicaţia de acest tip poate produce demineralizare osoasă, fiind folosită în special pentru fibroamele mici; chirurgia este recomandată pentru fibroame mari; sau pentru paciente care ar dori mai târziu o sarcină. Efecte secundare: simptome menopauzale; fertilitatea (şi fibroamele) reapare atunci când medicaţia este stopată. Alternativ, fibroamele pot fi enucleate chirurgical (prin miomectomie); o complicaţie a operaţiei este hemoragia ce necesită histerectomie.

Degenerarea roşie necesită doar analgezie până când simptomatologia diminuă.

Torsiunea poate da simptomatologie similară unui abdomen acut, motiv pentru care se execută de urgenţă tratamentul chirurgical.

---

1 D Baird 1988 *BMJ* i 1684

Carcinomul endometrial

▶Hemoragia postmenopauzală trebuie investigată, deoarece poate fi determinată de carcinomul endometrial.

Cancerul de corp uterin este mai puţin comun decât cancerul de col. De obicei, apare după menopauză. Majoritatea tumorilor sunt adenocarcinoame şi sunt legate de expunerea excesivă la estrogen neatenuat de progesteron. Apare o variaţie geografică marcată: raportul America de Nord: China = 7:1.

Factori de risc
- Obezitate
- Terapie estrogenică neatenuată
- Tumoră ovariană activă
- Nuliparitate
- Menopauză târzie
- Tamoxifen
- Diabet
- Iradiere
- Antecedente eredo-colaterale de carcinom de sân, ovar, colon.

Simptome Pacienta se prezintă de obicei cu hemoragie postmenopauzală (HPM). Orice persoană cu istoric de HPM are un risc de 10-20% de a face cancer. Iniţial hemoragia este redusă şi poate fi asociată ocazional cu o secreţie apoasă. În timp, sângerarea devine abundentă şi mai frecventă. Femeile premenopauzale pot prezenta hemoragie intermenstruală, dar 30% au doar menoragie.

Diagnostic. Hemoragia postmenopauzală este un simptom timpuriu care determină o femeie să fie consultată de doctor, dar examenul medical este de obicei normal. Cancerul endometrial poate fi detectat uneori pe un frotiu. Diagnosticul se pune cu ajutorul chiuretajului uterin. Toate zonele cavităţii uterine trebuie răzuite, iar materialul obţinut trimis pentru examenul histologic. Histeroscopia permite vizualizarea endometrului anormal ajutând la îmbunătăţirea luării cu acurateţe a mostrelor. Unii autori sceptici pretind că se poate produce diseminarea celulelor tumorale prin trompele falopiene spre peritoneu.

Anatomie patologică. Majoritatea tumorilor apar în fundul cavităţii uterine. Are loc extensia tumorii spre muşchiul uterin. Cu timpul, poate ajunge la cervix sau peritoneu şi poate metastaza vaginul (5%), ovarul (5%) sau oricare din ganglionii limfatici pelvini (7%).

Stadializarea *I:* Tumoră limitată la corpul uterin.
II: I plus atingerea cervixului.
III: Tumoră extinsă dincolo de uter, dar nu şi dincolo de pelvis.
IV: Extensie în afara pelvisului. Vezica şi intestinul pot fi afectate.

Tratament Stadiile I şi II pot fi tratate prin histerectomie cu salpingo-oforectomie bilaterală şi/sau radioterapie atunci când nu este convenabil tratamentul chirurgical (5 ani supravieţuire: stadiul I 72%, stadiul II 56%). Iradierea înaltă post-operatorie reduce recurenţa. Boala avansată poate fi tratată prin radioterapie şi/sau doze ridicate de progesteron, ex. medroxiprogesteron acetat 250 mg/24 h PO, care micşorează tumora (efecte secundare: retenţie de lichid). Radioterapia se poate efectua fie pre operator (baghete de cesiu sau radiu introduse în vaginul superior şi uter), fie post-operator (iradiere externă).

Recurenţa bolii se observă de obicei în primii 2-3 ani. Cele mai comune locuri sunt cele pelvine (la paciente neiradiate), plămân, os, nodulii limfatici inghinali şi supraclaviculari, vagin, ficat, cavitate peritoneală. Extirparea chirurgicală, radioterapia, medroxiprogesteronul, toate metodele pot ajuta. Citostaticele se folosesc atunci când pacientele nu răspund la terapiile anterioare.

1 FE van Leeuwen 1994 *Lancet* 343 448

Tumorile ovariene

Orice tip de ţesut ovarian poate deveni neoplazic.

Tumori benigne (94%). De obicei, sunt chistice, 24% din toate tumorile ovariene sunt funcţional chistice. Altele: chisturi endometriotice (5% -p.52); chisturile tecii luteinice (p.26); tumorile celulei epiteliale (chistadenoame seroase şi mucinoase -40%); teratoame mature (din celule germinale -20%); fibroame (solide -5%).

Tumori maligne. 5% sunt chistadenoame malignizate. 0,5% sunt reprezentate de un grup de tumori compuse din celule germinale rare sau malignităţi ale crestelor genitale (p.44). 0,5% sunt secundare, ex. din uter, stomac (tumora Krukenberg - în care diseminarea este transcelomică, dinspre abdomen, via peritoneu).

Simptome. Depind de mărime, formă, tip histologic.

1. Asimptomatice: Tumori mici descoperite rar în timpul consultaţiei.

2. Care bombează: Tumorile mari se pot palpa în abdomen.

3. Presante: Pot presa pe vezică determinând poliurie sau pe uretră cauzând retenţie.

4. Durere datorată rupturii: Chisturile se pot rupe spontan sau sub acţiunea unui traumatism (ex. în timpul examinării sub acţiunea anesteziei). Ruptura unui chist mic poate rămîne asimptomatică sau determină un fenomen peritoneal local. Ruptura unui chist mare poate produce peritonită şi şoc. Ruperea unui chist malign poate crea diseminarea celulelor maligne în abdomen. Ruptura unui chistadenom mucinos poate disemina celule care continuă să secrete mucină şi să producă moarte prin adeziunea viscerelor (pseudomixoma peritonei).

5. Durere datorită torsiunii: Pentru a se torsiona, o tumoră trebuie să fie mică, legată de un pedicul şi în rest liberă. Torsiunea împiedică întoarcerea venoasă dar reţeaua arterială determină mărirea în dimensiuni în continuare a tumorii. Tumorile se pot torsiona sau detorsiona dând simptomul de durere intermitentă. Dacă durerea nu este foarte severă, se poate simţi bombând ferm la palpare o anexă.

6. Durere datorată hemoragiei: hemoragia dintr-un chist imită torsiunea.

7. Ascita: Tipică pentru tumori maligne sau (ocazional) pentru fibroame. Ascita tensionată este dificil de diferenţiat de un chist mare.

8. Efecte hormonale: Tumorile secretante de hormoni au ca efect virilizare, iregularităţi menstruale sau sângerare post-menopauzală.

Tratament: *Ecografia* poate confirma prezenţa unei mase tumorale (doar examinarea bimanuală nu este suficientă pentru diferenţierea unei mase ovariene de cea uterină). Poate arăta dacă este chistică sau solidă.

Laparoscopia poate distinge un chist de o sarcină ectopică sau o apendicită. Notă: laparoscopia nu este recomandabilă atunci când se presupune existenţa unei malignităţi, datorită însămânţării de-a lungul traiectului chirurgical. *Aspirarea prin ac fin* poate fi folosită pentru a confirma impresia existenţei unui chist benign. *Laparotomie* de urgenţă când chistul produce un abdomen acut.

Orice chist care nu a fost identificat pozitiv ca non-neoplazie se recomandă să fie operat deoarece se pare că tumorile benigne se pot maligniza. La femeile tinere, *chistectomia* este preferabilă ooforectomiei. La persoanele postmenopauzale, dacă un ovar este patologic, atunci ambele sunt înlăturate. Pentru tratament în timpul sarcinii vezi p.166.

Tumori ovariene: patologie

Chisturi funcţionale Sunt chisturi foliculare sau ale corpului luteal persistente sau mărite ca dimensiune. Sunt atât de comune încât pot fi considerate normale dacă sunt de mărimi mici (< 5 cm). Pot determina durere prin rupere; nu are loc rupere în timpul ovulaţiei, hemoragie.

Sindromul ovarului polichistic (SOP) Cauza acestui sindrom comun, insuficient înţeles este necunoscută. Pare să fie rezultatul unui cerc vicios, disfuncţia ovariană, pituitară şi adrenaliană. Ciclul hormonal este scindat, iar óvarele cresc în dimensiune datorită foliculilor nerupţi.

Pacienta poate fi obeză, virilizată, cu acnee şi menstre absente sau neregulate (sindromul Stein-Leventhal). Se poate prezenta cu infertilitate. Investigaţiile arată LH crescut, testosteron crescut. Alte caracteristici pot fi normale. Laparoscopia sau echografia arată ovare cu modificări caracteristice.

Tratamentul este simptomatic: clomifenul induce ovulaţia (p.58), pilulele combinate controlează sângerarea. Hirsutismul se tratează cosmetical sau cu un anti-androgen ex. cyproteron 2 mg/zi în medicamentul Dianette® (evită sarcina). Scăderea în greutate este benefică.

Chistadenoame seroase. Dezvoltă creşteri papilare ce pot fi atât de prolifice încât chistul apare solid. Cel mai frecvent apar la femeile cu vârsta cuprinsă între 30-40 ani. Aproximativ 30% sunt bilaterale şi aproximativ 30 sunt maligne.

Cistadenoame mucipare. Cel mai frecvent sunt tumori de dimensiuni mari ce pot deveni enorme. Conţin material mucinos şi ruptura poate cauza pseudomixoma peritenei (p.42). Pot fi multiloculare. Apar mai ales între 30 şi 50 ani. Aproximativ 5% devin maligne.

Fibroamele Sunt tumori ale ţesutului fibros, mici, solide, benigne. Se asociază cu sindromul Meigs (OHCM p.706) şi ascită.

Teratoame Apar din celule germinale primitive. Un teratom benign matur (chist dermoid) poate conţine ţesut bine diferenţiat ex. păr, dinţi. 20% sunt bilaterale. Cel mai frecvent sunt descoperite la femeile tinere. Slab diferenţiate, teratoamele maligne sunt rare.

Alte tumori ale celulelor germinale (toate maligne şi toate rare): Coriocarcinoamele negestaţionale (secretă HCG); tumorile sinusului ectodermic (tumorile sacului embrionar - secretă α-fetoproteină); disgerminoamele ce sunt similare cu seminoamele testiculare.

Tumorile crestelor genitale (rare şi de obicei cu malignitate joasă): Apar din mezenchimul cortical. Tumorile celulelor granuloase şi tecale produc estrogen şi pot determina pubertate precoce, probleme menstruale sau hemoragie postmenopauzală. Arrhenoblastoamele secretă androgeni.

1. Ginecologie

Tumorile ovariene: patologie

Carcinomul ovarian

Carcinomul ovarian este un proces malign rar, dar mai degrabă femeile decedează datorită lui (1,3% din decese) decât datorită cancerului de col şi corp uterin combinat pentru că simptomatologia este redusă până în momentul unui stadiu avansat al afecţiunii. Incidenţa: 1 la 2500 femei > 55 ani; 1 la 3800 femei > 25 ani.

1% din femei au antecedente familiale. O persoană cu 2 rude apropiate afectate are o şansă de 40% de a face cancer ovarian. Este mai frecvent la cele cu ovulaţii numeroase (menarhă precoce, nulipară).

Tumorile diseminează în afara ovarului, în pelvis, celulele maligne însămânţându-se de-a lungul peritoneului, mai ales la nivelul omentumului. Diseminarea limfatică via ganglionii paraaortici este frecventă.

Simptomatologie. Simptomele sunt frecvent vagi, insidioase şi includ durere abdominală, distensie, discomfort.

Diagnostic. Se realizează la laparotomie, cu toate că procesul malign este destul de cert dacă echografia arată o tumoră solidă şi neregulată, afecţiune bilaterală sau prezenţa ascitei.

Stadializarea la laparotomie. *Stadiul I:* proces limitat la 1 sau ambele ovare.

Stadiul II: extindere în afara ovarului dar limitată la pelvis.

Stadiul III: extindere ce implică ovarele şi implantele peritoneale în afara pelvisului (ex. la nivelul ficatului, superficial) sau ganglionii inghinali sau retroperitoneali.

Stadiul IV: metastaze la distanţă (inclusiv parenchimul hepatic).

80% prezintă stadiul III sau IV de boală. 5 ani supravieţuire: Stadiul I, 67%; Stadiul II, 42%; Stadiul II şi IV 14,4% .

Tratament Depinde de tipul tumorii. Chistadenocarcinoamele (80%) se tratează prin chirurgie şi chimioterapie. Cu ajutorul chirurgiei se încearcă să se extirpe cât mai mult din tumoră: cu cât este lăsat mai puţin din ea, cu atât este mai benefică chimioterapia şi prognosticul mai bun. La o femeie tânără, uterul şi celălalt ovar este lăsat, pentru fertilitate; dacă tumora este prezentă la ambele ovare, uterul şi omentul se îndepărtează.

Chimioterapia pentru 6 luni, de obicei post-operator. Cisplatinium (ex. >50 mg/m^2) sau carboplatin IV sunt folosite (± doxorubicină şi ciclofosfamidă)[2]. Carboplatinul dă mai puţin greţuri,varsături, neuropatie şi nu este toxic renal: leukopenia şi trombocitopenia determină folosirea unor doze ce limitează efectele secundare. Recidiva este frecventă – şi paclitaxel (din arborii Pacific Yew) *poate* fi folositor în acest caz[3]. Se foloseşte uneori radioterapia. În continuare, tratamentul implică o vizualizare secundară cu ajutorul laparotomiei, chimioterapie sau radioterapie în continuare. Aurul coloidal poate controla ascita.

Îngrijirea paliativă are ca scop atenuarea simptomelor ce apar datorită extinderii peritoneale a bolii.

Screening şi prevenţie. Nu există încă o metodă convenabilă pentru screening general. Echografia transvaginală, nu abdominală, combinată cu măsurarea echografică a debitului de sânge tumoral, poate diferenţia procesele benigne de cele maligne într-un stadiu iniţial dar se consumă prea mult timp. Markeri tumorali, ex. antigenul carcinoembrionar 125 sunt insuficient sensibili sau specifici.

Unii susţin ooforectomia profilactică la o femeie în vârstă care suferă o operaţie abdominală. Pilula combinată contraceptivă reduce riscul malignităţii mai mult de 40%.

---

1 C Williams 1992 *BMJ* i 1501
2 M Gore 1994 *Lancet* 343 339
3 HL Long 1994 *Mayo Clin Pro* 69 384 & *Drug Ther Bul* 1994 32 41

Secreţiile vaginale

O secreţie nesupărătoare poate fi fiziologică. Cele mai multe secreţii sunt mirositoare, pruriginoase şi sunt datorate infecţiilor. O secreţie foarte purulentă este de obicei datorată unui corp străin (ex. tampoane intravaginale, introducere de mărgele în cazul copiilor).

Notează caracteristicile secreţiei. Dacă pacienta prezintă riscul de, sau frica contactării unei boli transmise sexual (BTS) ? vezi MMC, 216-220. Dacă are BTS, este necesară găsirea partenerului şi ancheta epidemiologică – consultă o clinică genito-urinară.

Recomandă recoltări cu un speculum şi tamponamente: endocervicale (şi pe mediu speciale) pentru chlamidia, şi cervicale pentru gonoree (MMC, p. 220).

▶Secreţiile seamănă rareori cu descrierile clasice.

Secreţia fiziologică. Creşte odată cu instalarea pubertăţii, cu activitatea sexuală, sarcină, iar pilulele contraceptive pot determina multă anxietate.

Candidoza *(Candida albicans).* Este cauza cea mai frecventă a secreţiei vaginale, clasic apărând sub forma unor cheaguri mici albe. Vulva şi vaginul pot avea culoarea roşie, prezintă eroziuni şi inflamaţie, în special dacă există şi o componentă alergică. Partenerul pacientei poate fi asimptomatic. Factori de risc: sarcina, contracepţia şi folosirea altor steroizi, teren imunodeficitar, antibioticele şi diabetul - verifică glicozuria.

Diagnostic: microscopia relevă miceliile dispuse în cordoane sau sporii tipici ovalari. Cultura se face pe mediul Sabouraud.

Tratament: un singur ovul imidazolic ex. clotrimazol 500 mg, plus cremă pentru vulvă (la fel şi partenerul) este un tratament convenabil. Se poate ca pacienta să aibă nevoie de asigurarea că afecţiunea nu se transmite obligator prin contact sexual.

Candidoza este frecvent recurentă; prescrie ovule vaginale cu nystatin pentru 14 nopţi sau fluconazol 150 mg PO o doză unică (evitare în cazul sarcinii). Candida situată în alte zone anatomice (ex. cavitate bucală) la ambii parteneri poate cauza reinfecţie. Iaurt proaspăt (pe tampon) sau cremă gel pe bază de acid acetic pH 4 ex. Aci-JelR poate atenua sau preveni atacurile uşoare. Evitarea chimicalelor în jurul vulvei (fără săruri de baie); ştergerea vulvei din faţă în spate, lenjerie de bumbac clătită de două ori; şi băile cu oţet pot fi de un real ajutor.

Trichomonas vaginalis (TM) Produce vaginita şi o secreţie filantă, spumoasă, cu miros de peşte. Se transmite sexual. Exclude gonoreea cu care adesea coexistă. Flagelul mobil se poate vedea pe o peliculă umedă (magnificare x 40), sau în culturi.

Tratament metronidazol 200 mg/ 8-12 h PO pentru 7 zile.

Vaginoza bacteriană este determinată de organisme diferite incluzând specia mobiluncus şi *Gardnerella vaginalis.* Secreţia este gri filantă cu miros de peşte datorită cadaverinei şi putresceinei. pH vaginal este > 5,5. Vaginul nu este inflamat şi pruritul apare rar. Amestecă pe o lamă puţină secreţie cu hidroxid de potasiu 10% şi vezi dacă apare un miros de amoniac. "Celulele cheie" epiteliale punctate ale vaginului se pot vedea la microscopie pe mediu umed.

Diagnostic: pe baza culturii.

Tratament: metronidazol 2 g PO o dată (se poate repeta după 24 h) sau cremă vaginală cu clindamicină 2%, 1 aplicaţie/noapte, PV pentru 7 doze. În cazurile recurente, tratarea partenerului poate fi folositoare.

Secreţia vaginală la copii. Apare frecvent datorită infecţiilor cauzate de vaginita atrofică. Oxiuraza poate produce prurit. Întotdeauna ia în considerare abuzul sexual. Un examen vaginal gentil poate exclude un corp străin. Pentru o secreţie prelungită este necesar examenul sub anestezie (în loc de specul se poate folosi un laringoscop pediatric).

Infecţia pelvină

Infecţia pelvină afectează trompele fallopiene putînd fi implicate ovarele şi parametrul. 90% din infecţii se transmit sexual cel mai frecvent cu Chlamidia (60%; multe sunt asimptomatice - dar infertilitatea şi sarcina ectopică pot rezulta ca urmare a infecţiei) şi gonococ. Bacteriile ce colonizează trompele infectate sunt de obicei diferite de cele ale ectocervixului, apărând de cele mai multe ori în număr crescut. 10% apar după naştere sau prin instrumentar necorespunzător (inserţie de sterilet, avort) sau pot fi streptococice. Infecţia poate disemina din tractul intestinal în timpul unei apendicite (Gram - şi bacterii anaerobe) sau pe cale hematologică (tuberculoza).

Salpingita Pacientele cu *salpingită acută* se simt rău, prezintă durere, febră, spasmul muşchilor abdominali în etajul inferior (pentru a sta cât mai confortabil, persoana stă întinsă pe spate cu picioarele flectate), plus cervicita cu secreţie vaginală profuză, purulentă sau hemoragică. Greaţa şi vărsăturile sugerează peritonita. Investighează sensibilitatea suprapubiană sau fenomene de peritonită, excitaţia cervicală şi sensibilitatea la nivelul fornixului. De obicei, apare bilateral dar poate fi mai gravă într-o singură parte. *Infecţia subacută* poate fi uşor trecută cu vederea şi pentru confirmarea diagnosticului este necesară laparoscopia.

Tratament ▶Tratamentul prompt efectuat minimalizează complicaţiile. Ia probe endocervicale şi intrauretrale. Fă hemoculturi şi prescrie antibiotice dacă persoana nu se simte bine. Are nevoie de odihnă, ingestie corespunzătoare de lichide şi antibiotice ex. doxicilină 100 mg/24 h PO (substituie eritromicina 500 mg/6 h PO în cazul sarcinii) şi metronidazol 400 mg/8 h PO. Terapia acoperă gonococul, dar dacă apare în culturi este bine să se adauge penicilin procaină 4,8 g IM cu probenecid 1 g PO. Investighează partenerii şi asigură-te că urmează tratamentul (cere ajutorul clinicii genito-urinare).

Complicaţii Dacă răspunde slab la antibiotice, investighează cu ajutorul laparoscopiei. Pacienta poate avea un abces (drenajul via fornixul posterior previne perforaţia, peritonita şi septicemia - dar este posibil să fie necesară laparotomia). Tratamentul inadecvat sau amânat duce la o infecţie cronică şi la blocaj tubar de durată (12% infertilitate după un episod, 23% după două, 54% după trei). Sfătuieşte că bariera contraceptivă protejează împotriva infecţiilor. Rata sarcinii ectopice creşte de 10 ori la cele ce doresc o sarcină.

Salpingita cronică Insuficient investigată, recunoscută sau tratată, devine cronică. Inflamaţia duce la fibroză, deci adeziunile se dezvoltă între organele pelvine. Trompele pot fi destinse de puroi (piosalpinx) sau de fluid (hidrosalpinx).

Durerea pelvină, menoragia, dismenoreea secundară, secreţia şi dispareunia profundă sunt câteva simptome. Poate apărea depresie psihică.

Caută masele tubare, sensibilitatea şi uterul retroversat fix. Laparoscopia diferenţiază infecţia de endometrioză. Tratamentul este nesatisfăcător. Consideră o antibioterapie cu spectru larg pe termen lung (ex. tetraciclină 250 mg/6 h PO, 1h înaintea mesei, timp de 3 luni), diatermie cu undă scurtă, analgezie pentru durere şi sfat medical. Singurele tratamente benefice sunt menopauza şi îndepărtarea chirurgicală a ţesutului infectat.

1 D Taylor-Robinson 1994 *BMJ i* 150
2 C Douglas 1989 *Update* 38 480

Endometrioza

În esenţă Focarele de endometru apar în alte locuri decât cele din interiorul uterului, frecvent pe ovare, sacul rectovaginal, ligamente uterosacrate, pe suprafaţa peritoneului pelvin, rar în ombilic, în cicatricele etajului inferior al abdomenului şi pe organe aflate la distanţă, ex. plămân. Dacă focarele apar în musculatura peretelui uterin, atunci se foloseşte termenul de adenomioză. Peste 5% din femei au endometrioză - dar nu toate sunt simptomatice, iar la cele asimptomatice poate fi fiziologică[1]. Endometrioza poate fi datorată menstruaţiei retrograde, ceea ce poate explica asocierea cu vârsta (tipic între 40 şi 44 de ani, la cele cu flux menstrual abundent), asocierea negativă cu sarcina şi contracepţia hormonală[2] şi distribuirea pelvină a afecţiunii. Femeile cu endometrioză au un nivel crescut al autoanticorpilor. Există o asociere complexă cu infertilitatea. Leziunile de endometrioză rămân sub influenţă hormonală şi sunt supresate pe parcursul sarcinii, are loc regresia bolii odată cu instalarea menopauzei şi sângerare pe parcursul menstruaţiei. Sângele se poate restrânge în chisturi (au o coloraţie maro, de unde şi denumirea de "chisturi de ciocolată"). Dacă sângele este liber, creează o iritaţie intensă, creând fibrozare şi adeziuni.

Simptome Endometrioza poate fi asimptomatică chiar şi atunci când este foarte extinsă. Durerea pelvină este simptomul cel mai comun (clasic de tip ciclic, de-a lungul perioadei de menstruaţie). Poate fi constantă, ex. dacă se datorează adeziunilor. Dismenoreea secundară şi dispareunia profundă sunt simptome frecvente. Ciclurile sunt frecvente şi cu hemoragii abundente, în special când există adenomioză. Pacientele se pot prezenta cu infertilitate.

Endometrioza extrapelvină determină durere şi sângerare pe parcursul menstruaţiei la nivelul zonei patologice, ex. hemotorax.

Diagnostic La examenul vaginal, un uter fixat în retroversie sau prezenţa de noduli la nivelul ligamentelor uterosacrate şi sensibilitate generală sugerează endometrioza. Un uter mărit datorită conţinutului şi sensibil este tipic pentru adenomioză. *Laparoscopia* arată chisturile tipice, depozite peritoneale şi diferenţiază afecţiunea de infecţia cronică.

Tratament Nu recurge la tratament dacă e asimptomatică. În caz contrar, poate fi încercat un tratament chirurgical şi/sau hormonal. Scopul *tratamentului hormonal* constă în a supresa ovulaţia timp de 9 - 12 luni pe parcursul timpului având loc atrofia leziunilor. Danazol 400 - 800 mg/ 24 h PO este eficace, dar efectele secundare pot fi inacceptabile când dozele sunt crescute (efecte androgenice). Sfătuieşte utilizarea contracepţiei tip barieră (masculinizează fetusul de sex feminin). Analogi de LHRH, ex. buserelină spray nazal 300 mg/8h sau goserelină 3,6 mg injecţii SC lunare produc o menopauză artificială reversibilă, dar apare demineralizarea osoasă. Rezoluţia endometriotică este asemănătoare cu a danazolului, dar efectele secundare sunt mai acceptabile (bufeuri, uscăciune vaginală). Progesteronul, ex. noretisteron 5 - 10 mg/24 h continuu PO poate supresa simptomele temporar[1].

Tratamentul chirurgical variază de la excizia locală sau diatermia ţesutului endometriotic, la histerectomie totală cu salpingo-ooforectomie bilaterală, depinzând de sediul leziunilor şi dorinţa pacientei pentru o viitoare fertilitate.

Prognostic Endometrioza este cronică sau recidivantă, fiind progresivă în 50% cazuri. Nu există nici o evidenţă că tratamentul îmbunătăţeşte fertilitatea[1].

---

1 E Thomas 1993 *BMJ* ii 158
2 M Vessey 1993 *BMJ* ii 182

Prolapsul

Prolapsul apare atunci când slăbirea structurilor de suport permite organelor pelvine să se exteriorizeze prin vagin. Această slăbire poate fi congenitală, dar de obicei apare datorită efortului din cursul travaliului şi expulzării fătului. Întărirea perineală deficitară reduce o bună susţinere (p.162). Prolapsul este exacerbat de atrofia menopauzală, precum şi de strănut sau tuse. Poate fi dăunător dar nu reprezintă un pericol pentru sănătate - cu excepţia prolapsului uterin de gradul III cu cistocel când poate apărea obstrucţie ureterală.

Tipurile de prolaps sunt denumite după organele exteriorizate. Mai multe tipuri pot coexista la aceeaşi pacientă.

Cistocelul Porţiunea superioară a peretelui anterior al vaginului împreună cu vezica care este ataşată lui bombează. Urina reziduală împreună cu cistocelul pot determina poliurie şi disurie.

Uretrocel Dacă porţiunea inferioară a peretelui anterior al vaginului bombează, uretra este deplasată alterând mecanismele sfincteriene (p.74) şi ducând la incontinenţă vezicală. Pune întrebarea dacă are loc scurgerea urinei atunci când pacienta râde ?

Rectocel Jumătatea posterioară a peretelui, care este ataşată rectului, poate bomba, prin slăbirea muşchilor ridicători anali. Adesea decurge fără simptome dar pacienta uneori poate reduce hernierea înaintea defecaţiei prin introducerea unui deget în interiorul vaginului.

Enterocel Bombarea porţiunii superioare a peretelui posterior poate determina apariţia de anse intestinale la nivelul fundului de sac Douglas.

Prolaps uterin *Gradul I al prolapsului* Cervixul se situează în vagin. În *prolapsul de gradul II* are loc protruzionarea în momentul şederii sau a defecaţiei. *În gradul III* (procidentia) uterul apare în afara vaginului. Vaginul devine cheratinizat, iar cervixul poate ulcera.

Simptome: "Simptomul de tragere" sau "Ceva vine în jos" se accentuează tot mai tare. Cistita, poliuria, incontinenţa de stres şi dificultatea la defecaţie pot apărea în funcţie de tipul prolapsului. Examinează pereţii vaginali în poziţie laterală stângă cu ajutorul speculului Şims şi cere pacientei să se screamă.

Prevenţie Paritate mică; practică obstetricală bună.

Tratament: Cazurile uşoare se pot îmbunătăţi prin reducerea presiunii intraabdominale, deci încurajează pacienta să scadă în greutate, să nu mai fumeze şi să reducă efortul. Îmbunătăţeşte tonusul muscular prin exerciţii şi fizioterapie şi dacă este la menopauză sunt necesari estrogeni topici, ex. cremă cu dienoestrol 0,01% de câte ori este nevoie (încearcă de două ori pe săptămână). Prolapsul sever simptomatic se tratează cel mai bine chirurgical. Incontinenţa necesită tratarea cauzei (aranjează studii urodinamice pentru planificarea celei mai bune metode chirurgicale). Operaţiile reparatorii (p.76) excizează ţesutul excesiv şi întăresc suportul dar reduc lărgimea vaginului. Este activă sexual ? Dacă da, ne aflăm în faţa unui compromis între reducerea chirurgicală a prolapsului şi menţinerea lărgimii vaginului. Prolapsul uterin marcat este tratat cel mai bine prin histerectomie.

Dispozitivele inelare pot fi încercate ca măsură temporară sau în cazul persoanelor fragile. Utilizează cel mai mic diametru care menţine prolapsul redus. Se inseră în fornixul posterior şi se pliază deasupra osului pubian (operaţia este mai uşoară dacă inelul a fost înmuiat la început în apă caldă). Probleme: infecţii, disconfort, ulceraţii (se schimbă la 6 luni).

Infertilitatea: cauze şi investigaţii[1]

►Infertilitatea poate fi devastatoare pentru ambii parteneri, iar investigaţiile necesită un efort imens. Sfatul plin de înţelegere al medicului este crucial.

90% din cuplurile tinere, care au viaţă sexuală regulată, vor concepe în aproximativ 1 an. Fertilitatea descreşte odată cu înaintarea în vârstă. Fertilitatea crescută a unui partener poate compensa cu fertilitatea scăzută a celuilalt, deci în cazul restului de 10%, în mare parte ambii parteneri sunt subfertili. Ia în considerare:

- Dacă ea produce ovule sănătoase? (21% din cauze sunt determinate de anovulaţie.)
- Dacă el produce spermă suficientă şi normală? (24% din cauze ţin de factorii masculini.)
- Are loc implantarea embrionului?
- Are loc întâlnirea ovulului cu spermatozoidul?(Cauze tubare 14%, mucus ostil 3%, disfuncţie sexuală 6%.)

Se crede că endometrioza este una din cauze la 6% din cazuri. Cauza este "inexplicabilă" la 27% din cupluri. Cu "infertilitate inexplicabilă" 60-70% din femei vor concepe în 3 ani.

Investigaţiile iniţiale. Este necesară existenţa unui cuplu pentru a exista infertilitate. Discută cu ambii parteneri.

Întreab-o pe ea despre: Istoricul ciclului, naşteri în trecut şi metode de contracepţie, istoricul infecţiilor pelvine sau a intervenţiilor chirurgicale abdominale.

Întreabă partenerul despre: Pubertate, dacă a fost tată, dacă a suferit operaţii chirurgicale (pentru repararea herniei, orhidopexie, chirurgie la nivelul gâtului vezicii urinare), alte boli (venerice sau dacă a făcut oreion ca adult), droguri, ingestie de alcool, serviciul (este acasă atunci când ea are ovulaţie?).

Întreabă ambii parteneri despre: Activitate sexuală - frecvenţă, coordonare, tehnică (neconsumarea este problema la 1% din cupluri); sentimentele în privinţa infertilităţii sau faţă de dorinţa de a deveni părinţi; investigaţii anterioare.

Examinare. Verifică starea generală a sănătăţii femeii, dezvoltarea caracterelor sexuale, examinează abdomenul şi pelvisul.

Dacă numărul spermatozoizilor este anormal, examinează partenerul pentru anomalii endocrine, anormalităţi peniene, varicocele şi pentru a confirma prezenţa a două testicule normale (mărime: 3,5 - 5,5 x 2,1 - 3,2 cm).

Testări pentru ovulaţie. Dacă ciclurile sunt normale ar trebui să se producă ovulaţia. Singura dovadă de ovulaţie este sarcina. Este posibil ca un folicul să luteinizeze fără să se rupă, deci testele pot fi pozitive în absenţa ovulului. Rezultatele negative denotă imposibilitatea de a ovula.

Investigaţii: Vizualizează procesul de dezvoltare a foliculului sau modificările în endometru secretor cu ajutorul ultrasunetelor; găseşte mucusul "ovulator" la mijlocul ciclului (culoarea albă asemănătoare cu a oului nefiert); detectează creşterea LH-ului (ex. Clearplan® Kit); detectează creşterea luteală a progesteronului la >30 nmol/l în ziua 21; detectează creşterea temperaturii bazale corporale la mijlocul ciclului (graficul temperaturii este dificil de făcut şi poate crea anxietate).

Investigaţii hematologice. Verifică statusul pentru rubeolă şi imunizează dacă este neimună. Dacă suspectezi anovulaţia, verifică nivelul sanguin al prolactinei (dacă este crescut poate apărea datorită prolactinomului; fă o radiografie craniană), verifică nivelul FSH-ului (crescut cu ovulaţia primară) şi LH-ului (pentru sindromul ovarelor polichistice) precum şi TFT.

Analiza lichidului spermatic Dacă nu a existat un test post-coital satisfăcător, analizează lichidul spermatic după 3 zile de abstinenţă pentru: ● Volume (înseamnă 2,75 ml acum, altădată 3,4 ml în anii 1940)[1]. ● Numărătoarea spermatozoizilor/morfologie. ● Anticorpi. ● Infecţii. Număr normal >20 ml spermatozoizi/ml, >40% motilitate spermatică şi 60% formă normală; numărătoare medie = 66 milioane/ml (113 milioane în 1940; această cifră medie este în scădere la o rată de aproximativ 100 spermatozoizi/ml la fiecare oră - scădere ce poate fi datorată influenţei mediului[1] - sau a unor ejaculări mai frecvente[2] - sau a unor artefacte[3]). Examinează 2 probe, deoarece variaţia poate fi considerabilă. Numărătorile scăzute necesită trimitere la specialist.

---

[1] E Carlsen 1992 *BMJ* ii 609

[2] H Menger 1994 *BMJ* i 14409

[3] P Bromwich 1994 *BMJ* ii 19

Infertilitatea: testări şi tratament

Investigaţii pentru verificarea deschiderii trompelor

1 Laparoscopia şi testarea cu substanţă colorată. Organele pelvine sunt vizualizate prin injectarea unei substanţe pe bază de metilen albastru prin cervix. Dacă trompele sunt blocate proximal, ele nu se vor umple cu substanţă de contrast. Dacă există blocaj distal substanţa nu apare în cavitatea peritoneală.

2 O histerosalpingogramă (radiografia de contrast) demonstrează anatomia uterină şi umplerea şi revărsarea tubară. Dacă este neplăcută, se recurge la premedicaţie. Poate fi fals pozitivă dacă apare spasmul tubar. Administrează antibiotice ex. cefradin 500 mg/ 8 h PO cu metronidazol 1 g/12 h PR cu 24 h înainte şi 5 zile după procedură pentru a preveni infecţia pelvină.

Testul post coital Trebuie executat în faza preovulatorie imediată (când mucusul cervical este abundent, acelular, filant - ideal pentru a fi analizat), recoltarea se face la 6 - 12 h după actul sexual când mucusul cervical se îndepărtează de la nivelul cervixului şi se examinează la un microscop cu putere mare (x 400). Un test satisfăcător (mucus ovulator, > 10 spermatozoizi mobili/ câmp cu putere înaltă) arată că sperma este normală, coitul eficace, iar mucusul cervical nu conţine anticorpi.

Tratamentul infertilităţii Este direcţionat în funcţie de cauză.

Azoospermia nu răspunde la tratament. Creşterea numărului spermatozoizilor se poate realiza prin evitarea tutunului şi alcoolului, păstrarea testiculelor la temperatură mai scăzută (evitarea băilor fierbinţi şi a pantalonilor strâmţi). Întreabă dacă cei doi parteneri iau în considerare donarea de spermă (IAD = inseminare artificială prin donaţie)?

Probleme ce ţin de depozitarea spermei (ex. impotenţa) pot fi evitate prin inseminare artificială utilizând sperma partenerului (AIH).

Hiperprolactinemia (MMC p.562) se tratează prin îndepărtarea cauzei atunci când este găsită (macroadenom pituitar, droguri); dacă nu, administrează bromocriptină 1 mg/24 h PO, crescând doza până când nivelul sanguin al prolactinei devine normal.

Anovulaţia se tratează prin stimularea dezvoltării foliculare cu clomifen 50 - 200 mg/24 h PP în zilele 2 - 6 inclusiv. Efecte secundare: tulburări vizuale, durere abdominală, datorită hiperstimulării ovariene; avertizează în legătură cu riscul de sarcină multiplă. Gonadotrofina corionică umană (HCG) este asemănătoare cu LH şi poate fi necesară pentru ruperea foliculului matur. Dacă clomifenul eşuează în producerea fertilităţii se pot încerca injecţii cu gonadotrofină sau analogi de LHRH.

Afecţiuni tubare Pot fi remediate cu ajutorul chirurgiei, dar rezultatele sunt slabe.

Fertilitatea asistată Cuplul are nevoie de stabilitate psihologică (şi de bani). "Rata copiilor luaţi acasă" are o medie de 10%, iar avortul, sarcina, probleme obstetricale, sarcini multiple sau anomalii fetale apar mai frecvent decât în mod obişnuit.

Fertilizarea *in vitro* (IVF) este folosită pentru defecte tubare (dar şi alte afecţiuni). Ovarele sunt stimulate iar ovulul este colectat (prin aspiraţie transvaginală ghidată cu ajutorul unei sonde ecografice transvaginale), fertilizat, iar embrionul va fi returnat în uter printr-o procedură ambulatorie.

Transferul intrafalopian al gametului (GIFT) poate fi încercat dacă trompele sunt patente, ex. "infertilitate inexplicabilă". Gameţii sunt plasaţi în trompe printr-o canulă laparoscopică. Rata sarcinilor 28% per ciclu de tratament. ZIFT (transfer precoce de embrion aderent sau de zigot) poate da rate mai crescute de graviditate, mai mult de 48% pentru femeile cu infertilitate inexplicabilă.

Nu trebuie uitată posibilitatea adopţiunii. Cei care rămân fără copii pot lua în considerare sfatul unor grupuri de ajutorare proprie[1].

---

[1] În UK -National Association for the Childless, 318 Summer Lane, Birmingham B19 3RL

Infertilitatea masculină[1]

Spermatogeneza normală are loc în tubii seminiferi ai testiculelor. Celulele germinale diploide nediferenţiate (spermatogonia) se multiplică şi sunt apoi transformate în celule haploide. Durata totală a unei cohorte de celule diploide să se dezvolte spre celule haploide este de 74 zile. FSH şi LH sunt importante în iniţierea spermatogenezei la pubertate. LH-ul stimulează celulele Leydig să producă testosteron. Testosteronul cu FSH stimulează celulele Sertoli să producă substanţe esenţiale pentru suportul metabolic al celulelor germinale şi spermatogeneză.

Spermatozoidul Un spermatozoid este alcătuit dintr-un cap ovalar dens (conţine cromozomul haploid de complinire), căptuşit de o granulă acrozomică (ce conţine enzime esenţiale pentru fertilizare) şi propulsat de o coadă mobilă. Fluidul seminal reprezintă 90% din volumul ejaculator, este alcalin şi soluţie-tampon pentru aciditatea vaginală. Doar aproximativ 200 spermatozoizi la fiecare ejaculare ajung în treimea medie a trompelor, sediul fertilizării.

Infertilitatea masculină Factorii masculini sunt cauza infertilităţii la 24% din cupluri. În realitate majoritatea sunt subfertili. Un număr mic de bărbaţi au o cauză decelabilă. Cauzele sunt: (% citate la un studiu).

- Oligo/azoospermia idiopatică (16%): Testiculele sunt de obicei mici şi FSH-ul crescut. Nu este valabil nici un tratament specific, au fost multe încercări de tratament.
- Astenozoospermia/teratozoospermia (17%): În astenozoospermia motilitatea spermatozoizilor este scăzută datorită unor probleme structurale ale cozilor. Teratozoospermia indică un exces de forme anormale.
- Varicocelul (17%): este controversat deoarece se găseşte la 15% din bărbaţi, majoritatea având fertilitatea normală.
- Infecţiile tractului genital (4%): gonococul, chlamida şi enterococi Gramnegativi pot determina infecţii ale anexelor (ex: ejaculare dureroasă, secreţie uretrală, hematospermie, disurie, epididim sensibil, prostată inflamată şi sensibilă). Confirmă prin spermocultură, probe uretrale sau existenţa > 1 milion peroxidazopozitive polimorfonucleare/ml spermă.

Tratează ambii parteneri pentru 4 săptămâni cu eritromicină, doxicilină sau floxacin (ex. 400 mg/12 h PO).

- Autoimunitatea spermatică (1,6%): Factori de risc pentru apariţia anticorpilor: vasectomie, accidente testiculare, obstrucţia tractului genital, istoric familial de boală autoimună. Cei mai mulţi Ac apar pe membrana spermatică sau în fluidul seminal, dar pot apărea şi la femei. Prednison 20 mg/12 h PO în ziua 1 - 10 şi 5 mg în ziua 11 şi 12 a ciclului partenerei pentru 6 luni reduce nivelele anticorpilor.
- Congenital (criptorhidism, anomalii cromozomiale - 2%): Sindromul Klinefelter numără 50 de anomalii cromozomiale. Pentru fertilitate optimă testiculele necoborâte trebuie fixate în scrot înaintea vârstei de 2 ani.

- Obstrucţia tractului genital (1,8%): Azoospermie, testicule cu dimensiuni normale sau nivele de FSH ridicate sunt sugestive. Poate apărea după infecţie, vasectomie sau poate fi congenitală (ca în fibroza chistică). Poate fi tratată cu ajutorul chirurgiei ex. epididimovasostomie pentru a ocoli obstrucţia epididimară.
- Sistemic/iatrogenic (1,3%): ● Probleme ce ţin de coitus (1%).
- Deficienţa gonadotrofinică (0,6%). Este singura cauză din afecţiunile testiculare tratată cu succes prin substituire hormonală.

Examinare Priveşte forma corpului, caracteristicile sexuale secundare, caută dacă este cazul ginecomastia. Volumul testicular normal este între 15 - 35 ml (compară cu orhidometrul Prader). Tuşeul rectal poate arăta prostatită.

Testări Analiza spermei (p.57). Testul post coital împreună cu mucusul cervical de la jumătatea ciclului poate indica prezenţa anticorpilor. FSH-ul plasmatic va distinge afecţiunea primară testiculară de cea secundară. Măsurarea nivelelor de testosteron şi LH sunt indicate când se suspicionează deficienţa androgenică. Sunt valabile teste de aglutinare pentru detectarea anticorpilor.

Tratament Tratamentul cauzelor tratabile a fost descris mai sus.

---

1 F C Wu 1992 *Gynaecology*, Churchill Livingstone 355-74

Contracepţia

▶*Orice metodă, chiar şi coitul întrerupt, este mai bună decât nimic.* 90% din femeile tinere care au raporturi sexuale neprotejate în mod obişnuit, rămân gravide într-un an. Corespunzător folosită, contracepţia reduce riscul sarcinii la mai puţin de 1% (pilula combinată, injectări, sterilizare); în jur de 2% pentru (PoP - progesterone only Pill, sterilete IUCD, cape cervicale, prezervative); 12% (mucotermic) - ratele de succes pot fi mult mai ridicate[1]; 15% (prin retragerea în momentul ejaculării). Eşecul poate fi mult mai crescut pentru metodele "dependente de utilizator"[1].

Contraceptivul ideal trebuie să fie 100% efectiv, fără efecte secundare, rapid reversibil, fără să necesite supraveghere medicală. Scopul este de a găsi cel mai bun compromis pentru fiecare femeie depinzând de vârstă, sănătate şi necesităţi. Metode disponibile:

- Metode naturale (nici un raport sexual în perioada de ovulaţie) - metodă acceptată de Biserica Catolică; nu necesită "poluarea corpului" cu medicamente.
- Metode barieră (risc scăzut pentru sănătate dar necesită motivaţie puternică pentru a putea fi folosită).
- Hormonale (complex de riscuri pentru sănătate, dar foarte efectivă).
- Steriletul IUDC (convenabil şi efectiv atunci când nu apar contraindicaţii) şi sterilizare (foarte efectivă dar poate fi ireversibilă).

Metode (mucotermice) naturale[2] Aceste metode implică monitorizarea fenomenului fiziologic cu determinarea momentului fertil (6 zile înaintea ovulaţiei, cât trăieşte spermatozoidul) până la 2 zile mai târziu (cât trăieşte ovulul). Mucusul cervical devine clar şi lipicios la începutul perioadei fertile şi se usucă cu ovulaţia (consistenţa sa este alterată de spermă şi infecţii vaginale). Temperatura corporală bazală creşte aproximativ 0,3°C după ovulaţie (afectată de febră, medicamente, băutură sau mâncare recentă). Observaţiile adiţionale, eg mittelschmertz (p. 78), modificări ale cervixului, îmbunătăţesc acurateţea. Metodele naturale necesită cicluri regulate, dedicaţie şi auto-control, dar ele sunt într-adevăr eficace. În UK, este uşor de găsit un "profesor" pentru această metodă[3].

Metode barieră >Principalul motiv al eşecului este nefolosirea lor! Prezervativele reduc transmiterea majorităţii bolilor transmise sexual (BTS) dar nu şi pentru cele ce afectează perineul. Capele cervicale oferă o oarecare protecţie împotriva gonoreei şi chlamydiei dar nu pentru sifilis sau herpes. Unele spermicide inactivează HIV *in vitro*.

- **Prezervativele** sunt eficace când sunt corect folosite şi se adaugă şi spermicide. Se derulează pe penisul aflat în erecţie, ţinând partea ţuguiată sau capătul (dacă nu prezintă acea parte) comprimat pentru expulzarea aerului -previne ruperea prezervativului în timpul ejaculării.
- **Capele** sunt de mai multe forme. Diafragmele se extind de la osul pubian către fornixul posterior. Persoana trebuie să verifice după inserţie că cervixul este acoperit. Capele cervicale se montează peste cervix (este

necesar un cervix proeminent). Ar trebui inserate cu mai puţin de 2 ore înaintea raportului sexual, şi ţinute în locul respectiv cel puţin 6 ore după. Se utilizează împreună cu un spermicid. Unele femei le găsesc inestetice. Probleme: UTIs, alergie la materialul cauciucat.

- **Bureţii cervicali.** Sunt simpli, dar adesea dau greş.
- **Prezervativul feminin** (ex Femidom®). Nu este necesară prescripţia. Fabricantul pretinde că are proprietatea de barieră excelentă pentru HIV, bacterii şi spermă. Poate fi convenabil pentru contracepţie atunci când s-a ratat o pilulă sau dacă există dispareunie, sau perineul are nevoie de protecţie, ex - după naştere, sau în caz de alergie la latex pentru prezervativele tradiţionale. Un motiv al eşecului este că penisul alunecă mai mult alături de el decât în el, alteori este împins cât mai sus în vagin[4] sau poate cădea[5]. Poate fi zgomotos[5].
- **Spermicidele** nu trebuie utilizate fără barieră pentru că singure sunt contraceptive insuficiente.

---

1 RE Ryder 1993 *BMJ* ii 723

2 Information from the Family Planning Association, 27-35 Mortimer Street, London, WIN 7RJ

3 UK tel nr: 0171 371 1341, 0121 627 2698

4 *Drug Ther Bul* 1993 31 15

5 N Ford 1993 *Br J Fam Plan* 19 187

Dispozitive contraceptive intrauterine

IUCD (bucle, spirale) sunt forme de plastic de aproximativ 3 cm lungime în jurul cărora se află o sârmă de cupru răsucită iar la nivelul cozii au un filament de plastic, ex Novagard®, Împiedică implantarea şi pot diminua migrarea spermatozoizilor. Trebuie schimbate la fiecare 3-5 ani. Au înlocuit tipurile de dimensiuni mai mari, produse fără cupru, inerte (ex Lippes loop®), care determină mai multe complicaţii dar nu necesită schimbarea (astfel se mai pot găsi câteodată *in situ*).

Cele mai multe persoane care aleg IUCD (6%) sunt mai în vârstă, femei multipare cu relaţii stabile, la care rata problematicii este scăzută.

Probleme cu IUCD 1. Tind să fie expulzate de un uter nulipar sau distorsionat (ex de fibroame). 2. Sarcinile dacă apar sunt mai frecvent ectopice. 3. Sunt asociate cu infecţii pelvine şi infertilitate, după bolile transmise sexual sau în timpul inserţiei. 4. Tind să producă sângerări menstruale abundente, dureroase. Contraindicaţiile tind să excludă femeile cu mari riscuri la complicaţiile citate, cele care sunt imunosupresate, cu boală Wilson (MMC, p. 712), sau cele cu leziuni cardiace (afară de inserţia dispozitivului protejată de antibiotice).

Inserţia Dacă este executată cu îndemânare minimalizează complicaţiile. Fiecare dispozitiv necesită o tehnică diferită, deci citeşte cu grijă instrucţiunile şi exersează înainte.

Dispozitivul intrauterin poate fi introdus oricând (mai puţin în perioada postcoitală), atât timp cât femeia nu este gravidă, însă poate fi expulzat mai degrabă în timpul ciclului sau la scurt timp după naştere[1]. Determină poziţia uterului. Introdu o sondă uterină pentru a afla lungimea cavităţii. Apoi introdu steriletul, plasându-l în fundus. Pot apare dureri sub formă de crampe. Odată ce dispozitivul este la locul corespunzător, firele se taie şi se lasă 3 cm vizibile la nivelul vaginului.

Învaţă pacienta să simtă firele după fiecare ciclu!

▶Inserţia steriletelor poate produce şoc cervical (datorită creşterii tonusului vagal). Trebuie să nu-ţi lipsească atropina IV!

Urmărire În primele 3 luni există riscul cel mai mare de expulzie iar steriletul trebuie verificat înainte de fiecare ciclu, apoi la 6 luni. Firele adesea se simt mai uşor decât se văd.

Pierderea firelor Steriletul poate fi expulzat în acest caz, deci indică contracepţie suplimentară şi exclude sarcina. Apoi explorează uterul. Dacă găseşti spirala, atunci s-ar putea să fii capabil de a trage firele în jos cu un instrument special. Dacă nu găseşti firele, probabil că au ieşit afară. Dacă nu poţi găsi spirala, explorează pacienta cu ajutorul ecografiei sau al razelor X. Spirala poate perfora uterul, de obicei, după inserţie şi adesea cu durere de mică intensitate. Poate fi scoasă laparoscopic.

Infecţia Poate fi tratată cu păstrarea dispozitivului dar în cazul în care steriletul a fost eliminat, nu se montează unul nou decât după 6 luni.

Rareori, pe un frotiu apare Actinomyces. Schimbă dispozitivul, taie firele celui vechi şi trimite-le pentru cultură. Dacă este pozitivă, scoate noul dispozitiv şi administrează penicilină V 250 mg/6 ore PO 90 de zile.

Sarcina Mai mult de 90% din sarcinile pe un uter cu sterilet sunt intrauterine. Îndepărtează steriletul, cât mai repede posibil din momentul diagnosticării sarcinii, pentru a reduce riscul avortului (20% dacă este scos rapid, 50% dacă este lăsat) şi pentru a preveni riscul unui avort septic tardiv.

Îndepărtare Contracepţia alternativă ar trebui începută (dacă se doreşte) înainte de scoaterea steriletului pentru că poate exista în trompe un ovul fertilizat. La menopauză, se scoate după 6 luni de amenoree[2].

1 Drug Ther Bul 1988 26 61
2 Drug Ther Bul 1990 28 5

Contracepţia hormonală ("Pilula")[1]

Aproximativ 3 milioane de femei din Marea Britanie folosesc Pilula. Pilula combinată (conţine estrogen şi progesteron) depăşeşte 90% ca procent de utilizare, în special la femeile mai tinere, reprezentând jumătate din cele ce au ales "Pilula" drept metodă de contracepţie.

Pilula combinată conţine estrogen (de obicei etinilestradiol) + progesteron, ambele în proporţii fixate sau variind de-a lungul lunii (fazice). Formula cu doză scăzută (<30mg estrogen) este considerată standard. Pilula combinată se ia zilnic, timp de 3 săptămâni, urmate de o săptămână pauză. Are loc inhibiţia ovulaţiei şi producerea unei hemoragii uşoare în săptămâna liberă.

Istoric De ce doreşte persoana "Pilula" pentru contracepţie? Cunoaşte riscurile? Acestea trebuie explicate. A luat în considerare toate alternativele? Există contraindicaţii în cazul propriei persoane sau a familiei din care provine (ex afecţiuni trombotice)? Întreabă dacă fumează, ce medicaţie foloseşte şi dacă poartă lentile de contact (Pilula poate determina uscăciunea ochilor). Dacă prezintă un motiv de anxietate, ex creşterea în greutate?

Pilula şi fumatul Decesul datorită Pilulei la femeile de 35 ani este de 8 ori mai frecvent atunci când acestea fumează (dar totuşi la fel de sigur ca şi naşterea). Poate fi ajutată să renunţe la fumat? Dacă nu, opreşte Pilula la 30 de ani.

Contraindicaţii absolute Orice dezordine predispusă de a creşte riscul problemelor de natură arterială sau venoasă (cum ar fi lipide anormale şi majoritatea afecţiunilor cardiovasculare, exceptând non-Pilula atenuată asociată cu hipertensiune şi varice venoase); boli hepatice; migrene focalizate, orice semne sau simptome senzoriale sau motorii sau migrene tip "crescendo"; boli exacerbate de steroizi sexuali; boală trofoblastică recentă; hemoragie uterină nediagnosticată; obezitate masivă; imobilitate (opreşte Pilula cu 4 săptămâni înainte, până la 2 săptămâni după o operaţie chirurgicală importantă - asigurarea contracepţiei alternative este realistă, ex metode tip barieră sau progesteron depot (p. 70)).

Contraindicaţii relative Prescrie cu precauţie la cele care au în familie un istoric de TVP (tromboză venoasă profundă), infarct miocardic, tensiune arterială crescută şi cancer de sân; cu migrena severă, epilepsie, anemia cu celule în formă de seceră; diabet, oligomenoree, boli ce determină diaree (ex boala Crohn); la fumătoarele inveterate şi posibil la persoanele cu frotiuri cervicale anormale.

Medicamente ce interferă cu Pilula *Inductori hepatici,* ex majoritatea anticonvulsivantelor, grizeofulvina şi rifampicina reduc efectul Pilulei prin reducerea estrogenului circulant. În cazul utilizării pe termen scurt, ia precauţii suplimentare (p. 68) pe parcursul administrării plus

7 zile după (4 săptămâni pentru rifampicină). Pentru termen lung prescrie Pilule cu 50 microg estrogen cu doze mai crescute de progesteron ex Norinyl-1R. Utilizează alt tip de contraceptiv în caz de administrare pe termen lung a rifampicinei.

Antibiotice: vezi p. 68.

Beneficiile Pilulei Contracepţie foarte efectivă, "menstre" mai uşoare, mai puţin dureroase, reduc sindromul premenstrual. În cazul folosirii pe termen lung, reduce riscul tumorilor ovariene (carcinomul scade la 40%) şi de carcinom endometrial (scade 50%), infecţii pelvine mai reduse, la fel şi endometrioza.

Dezavantaje importante Creşte riscul afecţiunilor arteriale şi venoase ex TVP, infarctul miocardic. Riscul decesului datorită Pilulei creşte ameninţător după 40 de ani; 1/2500 pentru non - fumătoare; 1/500 pentru fumătoare. Conexiunea cu cancerul de sân este complexă, ratele pentru persoanele mai tinere de 35 ani fiind în creştere (de la aproximativ 0,2% la 0,3%).

---

[1] J Guillebaud 1988 in Women's Problems in General Practice, OUP

Contracepţia hormonală – detalii suplimentare

Prescrierea Pilulei Verifică tensiunea arterială (TA) o dată la 6 luni! Verifică greutatea, sânii, pelvisul şi dacă este necesar aranjează un frotiu cervical. Efectele secundare sunt în legătură cu doza (aşa cum sunt şi beneficiile), deci scopul este de a prescrie Pilula cu doza cea mai mică ce oferă un bun control al ciclului, demonstrat prin absenţa sângerării puternice.

Probleme ce ţin de Pilulă şi soluţii progesteronice[1]

Tabelul se referă doar la contraceptivele orale combinate (CoC); doza etilestradiolului este scăzută (ex < 35mg/zi) la toate pilulele enumerate mai jos.

Probleme
Acnee/hirsutism
Diabet/boli cardiovasculare
Sângerare importantă
Utilizare de persoane mai în vârstă

Considerarea utilizării progesteronului
Desogestrel este anti-androgenic (Marvelon, Mercilon)
Norgestimate este non-androgenic; creşte HDL (Cilest)
Gestodene controlează ciclul cel mai bine (Femodene, Minulet)
Desogestrel (risc de cardiopatie ischemică CI) + doză scăzută de estrogen (Mercilon)

Schimbarea PoP *Dacă se trece pe CoC,* începe din ziua 1 a ciclului. Foloseşte prezervativul timp de 7 zile. *Dacă se utilizează un alt PoP* - începe imediat ce se termină vechiul pachet. **Schimbarea CoC:** dacă se trece tot pe CoC, începe imediat noul pachet fără pauza de 1 săptămână. Pentru PoP, începe imediat ce se termină pachetul de CoC.

Începerea CoC/PoP În ziua întâi a ciclului sau în ziua ToP-ului, sau 3 săptămâni *post partum* sau 2 săptămâni după mobilizarea completă în cazul unei intervenţii chirurgicale majore[1]. Cu zilele 1-3 de începere a regimului CoC, contracepţia completă este imediată; utilizează alte metode contraceptive de precauţie pentru 7 zile pentru PoP şi dacă CoC a fost început în a 4-a sau a 5-a zi a ciclului.

Oprirea pilulei Spune pacientei să nu mai utilizeze Pilula dacă apare: ● Durere toracică severă subită ● Dispnee bruscă (sau tuse ori spută hemoptoică)

● Durere de gambă severă la un singur picior ● Durere stomacală puternică

● Cefalee severă cu caracter neobişnuit, apărută pe neaşteptate. Fumătoarele trebuie să întrerupă contracepţia la 30 ani; nefumătoarele cu riscuri minime o pot continua până la 40 ani. 66% din femei recapătă menstruaţiile în decurs de 6 săptămâni, 98% în decurs de 6 luni; femeile care au devenit amenoreice după Pilulă, erau la fel şi înainte.

Precauţii speciale Dacă se întârzie administrarea unei pilule mai mult de 12 ore (sau are diaree), trebuie continuată luarea Pilulei dar folosesc şi precauţii suplimentare (ex prezervative) pentru 7 zile (plus zilele cu diaree)- dacă această perioadă include şi zilele libere fără Pilulă, începe noul pachet fără pauză. Utilizează precauţii suplimentare timp de 7 zile după o cură de antibiotice. Dacă o tabletă din primele 7 zile este uitată, ia în considerare contracepţia post-coitală. Dacă vomită în mai puţin de 3 ore după Pilulă, să ia alta.

Contracepţia post-coitală ("Prezervativul rupt") După un singur act sexual neprotejat, există 2 posibilităţi: montarea unui sterilet în 5 zile sau *Pilula de a doua zi+60h* (levornorgestrel 250µg + etiniloestradiol 50µg cum ar fi Schering PC4® - sau Ovran®). Timpul valabil de utilizare, 72 ore după actul sexual. Recomandă 2 tablete cât mai repede şi încă 2 tablete 12 ore mai târziu (efecte secundare: vărsături). Rata de eşec - 2-4% la jumătatea ciclului. Prescrie metode barieră până la ciclul următor. Aranjează contracepţia viitoare. Vezi din nou pacienta la 5 săptămâni. Întreabă dacă a avut ciclu.

Pilula bazată doar pe progesteron (PoP "mini pilula") Dozele scăzute de progesteron creează un mucus cervical ostil la spermă. La unele femei este inhibată şi ovulaţia, îmbunătăţind eficacitatea contracepţiei dar cauzând sângerare neregulată, considerată a fi cel mai rău efect secundar. Riscul sarcinii ectopice este crescut. Este mai puţin eficace decât Pilula combinată, cu excepţia persoanelor mai în vârstă, a femeilor mai puţin fertile. Poate fi prescrisă la majoritatea femeilor cu probleme medicale, cu contraindicaţii pentru Pilula combinată şi la mamele ce alăptează. Se ia la aceeaşi oră, zilnic ± 3 ore, altfel sunt necesare precauţii suplimentare pentru 7 zile. Un stil de viaţă normal sau un ceas deşteptător ajută.

---

1 *Drug Ther Bul* 1992 30 41

2 R Chez 1898 *Am J Obs Gyn* 160 1269-300

Contracepţia hormonală tip implant şi depot

Progesteron depot (tip injecţie) este simplu, sigur şi foarte efectiv dar se bucură de contra publicitate. Două preparate sunt valabile în UK, medroxiprogesteron acetat (Depo-Provena®) se dă 150 mg, câte 12 în fiecare săptămână, începând cu perioada primelor 5 zile ale ciclului (dar nu înainte de 6 săptămâni *post-partum*, pentru că poate determina hemoragie puternică în perioada puerperală) sau norethisteron enantat (Noristerat®) 200mg de 8 ori săptămânal (ultimul este autorizat pentru folosirea pe termen scurt dar poate fi dat imediat *post-partum).*

Contraindicaţii: Sarcină; hemoragie vaginală anormală nediagnosticată; boala hepatică acută; afecţiune cardiacă severă.

Avantajele progesteronului injectabil:

- Nu conţine estrogen
- Pacienta poate urma tratamentul cu uşurinţă
- Se poate administra dacă există o afecţiune gastro-intestinală
- Supresează ovulaţia (deci protejează împotriva sarcinii ectopice)
- Chisturi ovariene puţine
- Reduce endometrioza
- Aboleşte eventual menoragia
- Reduce PMS (p16)
- Secret

Probleme Pot apare sângerări vaginale neregulate. De obicei, se normalizează când se prelungeşte utilizarea; acelaşi lucru se întâmplă şi în cazul amenoreei, deci încurajează folosirea tratamentului. Cu Depo-provera, 33% din femei au amenoree după 6 luni de la tratament, 50% după 12 luni şi 60% după 18 luni (cifrele sunt 14%, 27% şi 33% respectiv pentru Noristerat®). Dacă apar sângerări abundente, exclude sarcina; administrează injecţia devreme, dar după 4 săptămâni de la doza anterioară) şi administrează estrogen, dacă nu sunt contraindicaţii (ex Premarin 1,25 mg/24 orePO pentru 21 de zile). Există oarecum îngrijorarea că utilizarea pe termen lung (ex > 5 ani) la femeile mai vârstnice, poate fi asociată cu demineralizarea osoasă deci consideră verificarea estrogenilor plasmatici şi utilizarea terapiei înlocuitoare cu estrogeni, dacă nivelul acestora este scăzut.

Utilizări speciale: Injecţiile tip depot pot fi în mod particular folositoare pentru:

- Acoperirea contraceptivă pentru o perioadă asociată cu o intervenţie chirurgicală mare. Dacă se administrează când se întrerupe Pilula combinată însă cu 4 săptămâni înainte de intervenţia chirurgicală atunci acoperă o perioadă contraceptivă pentru următoarele 8 sau 12 săptămâni.
- Siclemie (reduce incidenţa crizelor).
- Pentru femei cu epilepsie (inducere de enzime hepatice datorită medicaţiei).

- După vasectomie, când se aşteaptă ejacularea lipsită de spermă a partenerului.
- Când bolile intestinale afectează absorbţia orală.

Poate apărea o întârziere în reapariţia ovulaţiei, când se opresc injectările dar fertilitatea pe termen lung nu este redusă.

Implantele În prezent sunt apărute pe piaţă implante progesteronice care au avantajul că oferă contracepţie pe 5 ani, doar cu o singură implantare. Norplant® este constituit din 6 capsule, fiecare conţinând levornogestrel 36 mg, care se implantează la nivelul porţiunii superioare a braţului sub anestezie locală.

Dacă este scos (ceea ce poate fi destul de dificil), levornogestrelul plasmatic devine nedetectabil în 2 zile[1]. Principalul efect secundar este reprezentat de sângerarea menstruală neregulată. Această metodă asigură o acoperire contraceptivă pe termen lung, uşor reversibilă cu o intervenţie medicală minimă, cu excepţia persoanelor la care supresia ovulaţiei duce la apariţia chisturilor ovariene simptomatice (de obicei nu este necesară intervenţia chirurgicală).

---

[1] J Thompson 1993 *Brit J Fam Plan* 19 195

Sterilizarea

Sterilizarea devine din ce în ce mai populară. Aproximativ 100.000 femei şi 90.000 bărbaţi sunt sterilizaţi anual în UK; aproximativ 25% din femei se bazează pe sterilizare ca metodă de contracepţie.

Ideal este să vezi ambii parteneri şi să iei în considerare următoarele:

- Metode alternative. Dacă cunosc capele cervicale, PoP?
- Consimţământ. Este dorinţa ambilor parteneri? Legal, doar consimţământul partenerului ce urmează să fie sterilizat este necesar dar este de dorit confirmarea ambilor.
- Cine ar trebui sterilizat? Se teme ea de pierderea feminităţii? Vede el acest lucru ca o castrare? Dacă femeia cere sterilizarea, doreşte ea într-adevăr o histerectomie sau ar fi eficientă o asemenea intervenţie?
- Ireversibilitatea. Reversibilitatea este doar în 50% reuşită, la ambele sexe iar chirurgia tubară creşte riscul sarcinilor ectopice următoare, deci cuplul trebuie să vadă în sterilizare un pas ireversibil. Cele mai multe persoane ce regretă sterilizarea sunt cele tinere care au făcut operaţia într-un moment stresant sau imediat după o sarcină (avort sau naştere normală). Copiii lor sunt sănătoşi? Mariajul este stabil?
- Dacă se doreşte sterilizarea în timpul unei cezariene, explică că acest lucru va fi făcut doar dacă copilul este normal şi sănătos.
- Rata de eşec. De obicei, 2 sarcini/1000 sterilizări, dar mai ridicată imediat după o sarcină, datorită unei mai bune însănătoşiri.
- Efecte secundare. O femeie care a folosit Pilula timp de mai mulţi ani poate considera menstrele sale inacceptabil de abundente după sterilizare.

▶Notează în foaia de observaţie ceva cam în genul: "Ştie că este ireversibilă şi că există o rată mică de eşec".

Sterilizarea feminină Cu cât trompele sunt mai afectate, cu atât mai scăzută este rata de eşec şi reversibilitatea este mai dificilă. În UK, majoritatea sterilizărilor sunt realizate laparoscopic, cu anestezie generală. Trompele pot fi strânse puternic cu ajutorul unei clame, a unui inel sau diatermizate. Alternativ, trompele pot fi divizate şi ligaturate printr-o incizie minimă laparoscopică sau strânse cu o clamă în fornixul posterior ("colpotomie"). Ideal, Pilula combinată ar trebui oprită cu o lună înaintea sterilizării şi o metodă barieră sau un contraceptiv injectabil (p.74) ar trebui folosit preoperator. Un sterilet ar trebui introdus până la următorul ciclu, în cazul când deja este prezent un ovul fertilizat.

Vasectomia Este o procedură mai simplă decât sterilizarea feminină şi poate fi executată într-o bază ambulatorie. Vasele deferente sunt identificate în partea superioară a scrotului, se secţionează aproximativ 1 cm din ele iar capetele terminale sunt îndoite posterior şi ligaturate. Complicaţii: contuzii şi hematoame. Dezavantajul major al vasectomiei este că durează mai mult de 3 luni înainte ca depozitele de spermă să fie consumate. Două ejaculări negative pentru spermă ar trebui obţinute înainte de a stopa alte metode de contracepţie. Reversibilitatea se obţine aproape întotdeauna dacă se execută în 10 ani de la operaţia iniţială.

1. Ginecologie

Sterilizarea

Malfuncţia urinară

Controlul funcţiei vezicii Continenţa este menţinută la femei în uretră de către sfincterul extern şi de muşchii etajului pelvin ce susţin presiunea ureterală mai ridicată decât presiunea vezicală. Incontinenţa urinară apare când aceşti muşchi se relaxează iar muşchii detrusorului se contractă.

Incontinenţa de urgenţă " Dacă îmi vine, trebuie să mă duc" şi femeia se duce la toaletă în mod frecvent. Vezica este "instabilă" cu o activitate intensă a detrusorului. Apare la femei pare şi nulipare. De obicei nu se găseşte nici o problemă organică. Rar, cauza este neurogenă.

Incontinenţa de stres Mici cantităţi de urină scapă în momentul creşterii presiunii intraabdominale, ex la strănut. Este mai comună la femeile pare, pentru că naşterea denervează etajul pelvin. La examinare se poate descoperi un prolaps (p54) sau incontinenţă (cere-i să tuşească).

Tratament

- Exclude UTI şi glicozuria.
- Istoricul şi examinarea nu-ţi vor spune dacă problema ţine de stres, de imbold sau ambele: aranjează studii urodinamice.
- Nevoia imperioasă se poate îmbunătăţi cu "antrenarea vezicii" (gradat se creşte intervalul de timp înainte de golire). Pacienta are nevoie de încurajare. Restricţia fluidelor şi medicamentele antimuscarinice, ex propantelină 15-30 mg/8 ore PO 1 oră ac pot ajuta sau oxibutinin 5mg/6-12h PO (la bătrâni trebuie înjumătăţită doza; ES: uscăciunea gurii, constipaţie, vedere înceţoşată, aritmii, CI: glaucom).
- Incontinenţa de stres uşoară răspunde bine la exerciţiile speciale pentru etajul pelvin sau fizioterapie, ex ridicarea fasciculelor vaginale cu scopul îmbunătăţirii tonusului muscular. Un tampon vaginal are rol de suport a gâtului vezical şi opreşte curgerea urinii în timpul sportului. Dacă are atrofie post menopauzală, aplică cremă cu estrogen, ex dienoestrol 0,01% de 2 ori săptămânal PV.
- Chirurgia este necesară pentru simptomele severe de stres cu scopul de a creşte presiunea intrauretrală (prin aducerea uretrei superioare în zona presiunii abdominale, ea fiind anterior, dedesubtul etajului pelvin) şi pentru a reduce prolapsul. Operaţiile includ: uretroplastie, repararea anterioară, colposuspensia transabdominală.

Incontinenţa adevărată Scurgerea continuă a urinii poate fi datorată anomaliilor congenitale anatomice, ex uretere ectopice sau a problemelor dobândite, ex fistulă vezico-vaginală, datorită unei traume (de obicei în ţările dezvoltate, după histerectomie abdominală, după un travaliu prelungit cu prezentaţie de vertex în ţările în curs de dezvoltare), malignitate sau radioterapie. Dacă nu este posibil tratamentul chirurgical, caută ajutorul specialistului pentru incontinenţă.

Sindromul uretral Simptome de cistită apar cu o MSU negativă (probă de urină de la mijlocul jetului), adesea asociată cu actul sexual şi poate fi datorată subinfecţiei cu un anumit număr de bacterii care sunt masate la nivelul uretrei. Este ea corespunzător lubrifiată? Încearcă aplicarea de Vaseline® de-a lungul uretrei (nu şi dacă se folosesc prezervative). Micţiunea înainte şi după actul sexual, diferite poziţii coitale (ea deasupra) şi trimetoprim 100 mg PO înainte de raportul sexual, pot ajuta.

Dificultăţi de golire a vezicii urinare[1]

Simptome Poate fi o curgere săracă, intermitentă, golire incompletă, efort la golire şi ezitare. Poate apărea o retenţie acută sau retenţie cronică cu reflux. Urina reziduală predispune la infecţii.

Cauze ● *Neurologice:* Acestea pot fi suprapontice (ex: un accident vascular); datorită leziunilor medulare (traumatisme vertebrale, scleroza multiplă); nerv periferic (disc herniat, diabet sau altă neuropatie); de natură reflexă, datorită durerii (ex infecţii cu herpes).

- *Medicamente:* în special anestezia epidurală; de asemenea la anticolinergice şi triciclice.
- *Obstructive:* edemul vezical după repararea gâtului vezical reprezintă o cauză frecventă. Un uter gravid retroversat, fibroame, chisturi ovariene, corp străin uretral, ureterocel, polip vezical sau carcinom, sunt alte cauze.
- *Supradistensie vezicală*

Teste ● Execută o probă de urină de la mijlocul jetului.

- Uroflouometrie (o rată < 15 ml/sec pentru un volum > 150 este anormal).
- Ecografie pentru urina reziduală
- Cistouretroscopie

Tratament Depinde de cauză. Retenţia acută poate necesita cateterizare (utilizând un cateter suprapubian dacă se aşteaptă să stea în loc pentru mai multe zile). Pentru condiţii persistente (ex unele probleme neurologice) tehnici de auto-cateterizare ar trebui învăţate[1,2]. Medicamentele pot fi folosite pentru relaxarea sfincterului uretral sau pentru stimularea detrusorului (ex: prazosin 0,5 mg/12 h p.o., prima doză se ia înainte de culcare, apoi se creşte la 2 mg/12 h p.o. după mai multe zile dacă este necesar; indoramin 20 mg/12h p.o., crescând doza o dată la 2 săptămâni de la 20 mg la maxim 100mg/12 h p.o.). Măsuri chirurgicale pot fi necesare dacă apar cauze obstructive ex: uretrotomie pentru stenoza uretrală distală - deşi nu apare foarte des la femei.

Pentru dificultăţi de golire la bărbat, vezi *Retenţia urinară şi catetere,* MMC p.148. Vezi de asemenea *incontinenţa urinară,* MMC p.78.

---

[1] G Hunt 1993 *The User's Guide to Intermittent Self Catheterisation,* BMA//Family Doctor Publications Ltd (PO Box 118, London WC2N 5BG)

[2] *Drug Ther Bul* 1991 29 37

Intervenţii chirurgicale ginecologice

Histerectomia Cea mai comună este *histerectomia abdominală* care de obicei este totală (îndepărtarea corpului uterin şi cervixului) dar poate fi de tip *Wertheim* (excizia include ganglionii limfatici locali şi o porţiune din vagin în cazul malignizării), rareori, subtotală (cervixul este lăsat pe loc dar poate deveni malign). Prin *histerectomia vaginală* uterul este împins în jos prin vagin. De obicei acest tip de operaţie se execută în cazul unui prolaps când uterul este mic. Ovarele sănătoase sunt de obicei păstrate, în special la femeile tinere, cu excepţia când histerectomia se efectuează pentru o tumoră estrogen-dependentă. Complicaţii: sindromul ovarului rezidual (durere, dispareunie profundă, insuficienţă ovariană prematură).

Majoritatea histerectomiilor se fac pentru neregularităţi menstruale şi frecvenţa acestora variază considerabil. Pentru multe femei feminitatea şi sexualitatea sunt legate de prezenţa uterului. Femeile care sunt bine sfătuite şi care recurg la intervenţia chirurgicală prin decizia lor, regretă mai puţin.

Reparaţia Manchester. Operaţia Fothergill Sarcina este încă posibilă după această operaţie făcută pentru prolapsul uterin. Cervixul este amputat, iar uterul este susţinut prin scurtarea ligamentelor.

Dilataţia şi chiuretajul (D&C) Cervixul se dilată suficient pentru a permite chiuretei să răzuiască o mostră de endometru pentru histologie. D&C este acum o procedură larg utilizată pentru diagnosticare sângerării anormale (dar mostra endometrială luată în ambulator poate face necesară D&C). Evacuarea Resturilor Produsului de Concepţie din uter după un avort ('ERPC') sau terminarea unei sarcini precoce, sunt realizate prin **dilataţie şi sucţiune.**

Histeroscopia Este o alternativă care se poate realiza în ambulator în loc de D&C cu un histeroscop ce poate fi introdus prin cervix în uter, pentru vizualizarea endometrului. "Mostre oarbe" pot fi luate cu ajutorul unei sonde speciale.

Ablaţia endometrială prin laser sau diatermie (cu anestezie generală) reduce sângerarea prin realizarea în mod deliberat a sindromului Asherman (p.12); poate fi alternativa histerectomiei. Endometrul poate fi subţiat pre-operator folosind danazol. În 4 luni 10% au menoragie din nou[1]. Complicaţii: hemoragie; infecţie; perforaţie uterină; poate determina supraîncărcarea cu fluidul pentru irigare care determină creşterea TA; Na scade, apar simptome neurologice, hemoliză şi deces.

Laparoscopia. Gazul (pentru separarea viscerelor) este introdus printr-o mică incizie subombilicală iar laparoscopul şi instrumentarul sunt inserate suprapubian. Procedura permite vizualizarea organelor pelvine şi este folosită pentru diagnosticul durerii pelvine şi sarcinii ectopice. Pacienta "scapă" astfel de o laparotomie clasică cu excepţia situaţiilor când aceasta este necesară pentru tratament. O "laparoscopie cu substanţă" de contrast arată dacă trompele sunt patente. Prin această metodă se poate face sterilizarea sau se pot rezolva uneori sarcinile ectopice.

Colporafia sau **"reparaţia"** Lipsa de suport a peretelui vaginal în cazul prolapsului este corectată prin excizia unei porţiuni din mucoasa excesivă şi plicaturarea ridicătorului anal. Operaţia se poate combina cu reparaţia Manchester sau histerectomia vaginală. Cu cât se îndepărtează din mucoasă mai mult, cu atât vaginul devine mai strâmt. Investighează înainte de operaţie dacă este activă sexual. Cateterizarea previne retenţia de urină post-operator.

Biopsia conică O parte din ţesut (punctare interioară) de formă conică este tăiat în jurul orificiului cervical, utilizând bisturiu sau laser. Aceasta înlătură ţesutul neoplazic care poate fi examinat histologic şi poate fi şi curativă. Complicaţii: sângerare (imediată), stenoză cervicală (de lungă durată) sau incompetenţă.

---

1 N Dwyer 1993 *Br J Obstet Gynae* 100 237

Durerea pelvină cronică

Poate produce o mare suferinţă la femeile aflate la vârsta reproductivă. Istoricul este de obicei de durere pelvină apărută de mult timp cu dismenoree secundară şi dispareunie profundă. Durerea poate cauza sau poate fi exacerbată de probleme emoţionale. Pacienta poate avea o depresie.

Laparoscopia poate descoperi o cauză specifică: infecţie pelvină cronică, endometrioza, adenomioza, adeziuni sau congestia venelor pelvine. Dacă nu apare nimic (sau dacă toate cauzele ginecologice au fost înlăturate chirurgical) cauza poate fi gastrointestinală: ia în considerare sindromul de colon iritabil (MMC, p.518).

Congestia pelvină Venele pelvine laxe devin dureroase, congestionate, pline cu sânge. Durerea are intensitatea cea mai mare atunci când persoana stă în picioare, merge (gravitatea umple venele) şi premenstrual. Variază tipic ca loc şi intensitate şi apare şi o durere neplăcută postcoitală. Sensibilitatea maximă este la palparea profundă, de-a lungul ovarelor. Vaginul şi cervixul pot apărea colorate în albastru datorită congestiei şi pot fi asociate cu varice posterioare ale membrelor inferioare. Dilatarea venelor poate fi demonstrată prin flebografie sau la laparoscopie.

Vindecarea poate fi dificilă, de aceea explicaţiile ajută ("migrena pelvină"). Medroxiprogesteron 50 mg/24 h PO timp de 3 luni reduce durerea (ES: amenoree, creştere în greutate, edem); remediul migrenei (MMC, 46) şi relaxarea pot fi încercate[1]. Când simptomele sunt foarte severe, ligatura bilaterală a venelor ovariene poate vindeca[2], la fel histerectomia cu salpingo-ooforectomia bilaterală asociată cu terapie hormonală de substituţie post-operator[3].

Mittelschmertz Reprezintă o durere la mijlocul ciclului care poate apare la adolescente şi la femei mai în vârstă la momentul ovulaţiei - provine din germanul "mittel" (= la mijloc) şi "schmertz" (= durere).

Dispareunia

Înseamnă durere în timpul actului sexual. Poate exista un cerc vicios în care anticiparea durerii duce la tensionarea muşchilor, lipsa lubrefierii şi mai departe la durere.

▶Este posibil ca pacienta să nu dorească să discute problema din proprie iniţiativă, deci întreab-o despre actul sexual. Atitudinea ei la examinarea pelvină îţi poate spune la fel de mult ca examinarea însăşi. Cere-i să-ţi arate în ce loc o deranjează. Dacă diagnosticul este de vaginism, nu insista cu examinarea şi consideră sfatul şi sexterapia (p.440).

Dispareunia poate fi superficială (la nivelul introitului). Poate apărea adesea datorită infecţiei, deci caută ulceraţia şi secreţia. Întreabă dacă se simte uscată? Daca da, se pune problema deficitului estrogenic (p.18) sau lipsei de stimulare sexuală. Dacă a avut recent o operaţie perineală *post-partum?* O sutură sau o cicatrice poate determina durere localizată ce poate fi vindecată prin scoaterea firelor şi injectarea unui anestezic local. Dacă are un vagin prea strâmt, s-ar putea să fie necesară o operaţie chirurgicală.

Dispareunia profundă este simţită intern (profund, înăuntru). Este asociată cu endometrioză şi septicemii pelvine; tratează cauza când este posibil. Dacă ovarele sunt situate de-a lungul sacului recto-vaginal (sau după histerectomie) este posibilă lovirea lor în timpul actului sexual; recomandă să încerce altă poziţie sau ventrosuspensia dacă se poate obţine "vindecarea" temporară cu un inel tip Hodge.

1 C Farquar 1989 *Br J Obstet Gynae* 96 1153
2 J Hobbs 1990 *Br J Hosp Med* 43 200
3 R Beard 1991 *Br J Obstet Gynae* 98 988

2. Obstetrică

Traducere de Dr. **SABINA ANTONIU**

Placenta 84
Modificări fiziologice în cursul sarcinii 86
Travaliul normal 88
Palparea abdominală 90
Pelvisul matern şi extremitatea cefalică fetală 92
Distocia 94
Simptome minore ale sarcinii 96
Hiperemesis gravidarum 97
Criterii de dirijare a asistenţei la naştere 98
Naşterea la domiciliu 99
Counselling-ul pregravidic 100
Consultul prenatal 102
Hipertensiunea, preeclampsia* şi ▶▶ eclampsia 104
Infecţia antenatală 106
Infecţia perinatală 110
Prematuritatea şi ruptura prematură (precoce) a membranelor 112
Întârzierea creşterii intrauterine 114
▶ Suferinţa fetală 116
▶ Şocul obstetrical 116
Ruperea membranelor la termen 117
▶▶ Hemoragia *ante-partum* 118
Utilizarea imunoglobulinelor anti-D 120
Inducerea travaliului 121
Conduita activă în travaliu 124
Analgezia în travaliu 126
Monitorizarea fetală 128
Ecografia 130
Lichidul amniotic şi amniocenteza 134
Sarcina multiplă 136
Prezentaţiile pelvine 138
Alte prezentaţii patologice 140
▶▶ Prolapsul cordonului ombilical 142
▶▶ Umeri impactaţi 142
Lichidul amniotic colorat meconial 143
Forceps 144
Operaţia cezariană 146
▶▶ Ruptura uterină 148
▶▶ Sindromul Mendelson 148
Durerea abdominală în sarcină 150
Născuţii morţi 152
▶▶ Hemoragia *post-partum* 155
Retenţie de placentă 156
▶▶ Inversiunea uterină 157

▶▶ CID şi tulburările de coagulare 158
▶▶ Embolia cu lichid amniotic 159
Traumatismele nou-născuţilor în cursul naşterii 160
Epiziotomia şi rupturile perineale 162
Puerperalitatea 164
Fibroamele, tumorile ovariene şi sarcina 166
Tromboembolismul în sarcină (inclusiv TFP) 168
Afecţiunile cardiace în sarcină 169
Anemia în sarcină 171
Diabetul în sarcină 172
Afecţiunile tiroidiene şi sarcina 174
Icterul în sarcină 175
Malaria în sarcină 176
Afecţiunile renale şi sarcina 178
Epilepsia în sarcină 180
Mortalitatea perinatală 182
Mortalitatea maternă 184
Diagnosticul prenatal 186
Testul sanguin triplu 188

* Termenul *hipertensiunea arterială cu proteinurie induse de sarcină* tinde să-l înlocuiască pe cel clasic de *preeclampsie*. Noi nu ne-am conformat aici acestei tendinţe, pentru că dacă am fi făcut-o am fi pus în umbră o caracteristică esenţială a preeclampsiei; faptul că aceasta poate evolua spre eclampsie. Sprijinim folosirea termenului de *preeclampsie*, deoarece (acesta) este scurt şi prin fiorii reci pe care ni-i provoacă pe şira spinării, ne reaminteşte în mod constant cât de periculoasă poate fi afecţiunea pe care o denumeşte.

Baza de Date Cochrane a Naşterii şi Sarcinii. Obstetrica este în egală măsură şi artă şi ştiinţă, dar când ai îndoieli sau întrebări asupra unor probleme, gândeşte-te că s-ar putea ca cineva, undeva să fi cercetat această problema respectivă; un început promiţător pentru documentare îl reprezintă consultarea baze de date distribuite de către Centrul Cochrane. [1] [2]

Pagini relevante în alte capitole: Neonatologie p.272 - 88; alăptarea p.204; boala hemolitică prin incompatibilitate Rh p.284; sarcina ectopică p.24; avortul şi terminarea sarcinii p.20 -2; boala trofoblastică p.26; examinarea nou-născutului p.200; copii prematuri şi cu greutate mică la naştere p.208; varicela în sarcină p.256.

---

[1] Prin Update Software, Oxford, OX44 7QB [2] RJ Lilford994 *BMJ* i 1448

Esenţa sănătăţii reproducerii

Sarcina reprezintă o afacere riscantă, nu numai pentru copii dar şi pentru mame. Cauzele mortalităţii materne prezentate în acest manual, sunt reprezentate de embolia pulmonară, eclampsie, hemoragie şi infecţie - toate celelalte cauze fiind rare. Dar, dacă unui obstetrician i s-ar permite să-şi dorească ceva (să-şi pună o dorinţă), acesta nu ar fi eradicarea tuturor acestor cauze; el şi-ar dori mai degrabă să poată face fiecare sarcină să fie *planificată şi dorită de către mamă.* Pe glob, o femeie moare în fiecare minut datorită efectelor negative ale sarcinii. Majoritatea acestor femei nu şi-au dorit niciodată să fie însărcinate - dar nu au avut la îndemână mijloacele contraceptive. De aceea, adevăraţii ucigaşi sunt sărăcia şi ignoranţa, iar adevăratele soluţii impun alfabetizarea şi dezvoltarea economică. Orice iniţiative ale specialiştilor obstetricieni sau ale guvernelor, în ceea ce priveşte sănătatea reproducerii, care nu ţin seama de aceste realităţi sunt condamnate să acţioneze doar superficial, iar toate bunele lor intenţii sunt prea frecvent viciate de realitatea ce operează în clasele şi la locurile de muncă ale potenţialelor mame.

Graviditatea şi paritatea - definiţii

Graviditatea se referă la numărul de sarcini pe care o femeie le-a avut (în orice etapă). Paritatea se referă la numărul de sarcini cu vârste gestaţionale de peste 28 de săptămâni care au determinat naşteri. Un exemplu de exprimare prescurtată a sarcinilor cu vârste gestaţionale mai mici sau mai mari de 28 de săptămâni este: para 2 + 1. Aceasta înseamnă că femeia a avut 2 sarcini cu vârste gestaţionale de peste 28 săptămâni şi o sarcină care s-a terminat înainte de 28 săptămâni. Dacă femeia nu este însărcinată la momentul descrierii, ea este gravida 3, dar dacă este însărcinată este gravida 4. Gemenii reprezintă o problemă, deoarece este controversată fie încadrarea lor ca 1 atât la parietate cât şi la graviditate, fie încadrarea ca 2 pentru parietate.

Este neclar dacă punctul de delimitare a celor două definiţii de mai sus ar trebui să fie vârsta gestaţională de 24 săptămâni, în concordanţă cu noua definiţie a născutului - mort (p136). În general, caută să utilizezi mai degrabă exprimarea corectă, integrală, decât prescurtările de mai sus, - acestea fiind supuse diferitelor interpretări. De ex, când prezinţi o pacientă încearcă să o faci în felul următor:

"D-na Cottard are 32 de ani, este în a 15 săptămână a celei de a 4-a sarcini, a treia sarcină s-a întrerupt printr-un avort spontan la 17 săptămâni, iar celelalte două au fost duse la termen şi s-au soldat cu naşterea normală a doi copii care au acum 2 şi respectiv 8 ani." Exprimarea ternă "Para 2 + 1" este ambiguă, nu poate fi înţeleasă de către pacientă, şi eludează faptul că aceasta se apropie acum de momentul când şi-a pierdut ultima sarcină.

2. Obstetrică

Esenţa sănătăţii reproducerii

Placenta

Placenta este organul respiraţiei, nutriţiei şi excreţiei pentru fetus. Produce hormoni ce asigură homeostazia maternă şi protejează fătul din punct de vedere imunologic, prin prevenirea rejetului şi facilitarea pasajului placentar al anticorpilor materni de tip IgG.

Dezvoltare Dezvoltarea placentară este completă la aprox. 70 de zile după ovulaţie. Placenta la termen cântăreşte 1/7 din greutatea nou-născutului. Are flux sanguin de 600 ml/min. Aspectul placentei se modifică în cursul sarcinii pe măsură ce calciul se depune în vilozităţi şi fibrina pe suprafaţa acestora. Depozitele excesive de fibrină determină scăderea aportului de nutrienţii la făt; pot apare în diabet şi în incompatibilitatea Rh.

Tipuri placentare: *Inserţia tip* "rachetă de tenis" apare atunci când cordonul ombilical se inseră în marginea placentei. *Inserţia velamentoasă* (1%) apare atunci când vasele ombilicale traversează membranele înainte de a se insera pe placentă. Dacă aceste vase se rup (aşa cum se întâmplă în *vasa praevia)* apare hemoragie cu pierdere de sânge fetal. *Placenta succenturia:* (5%). Există un lob placentar separat (succenturiate) la distanţă de placenta principală; aceasta poate să nu se elimine complet şi poate cauza PPH s-au infecţie puerperală. *Placenta membranaceea* (1/3000) este o placentă subţire ce înconjură fătul deoarece o porţiune a acesteia este situată în segmentul inferior; predispune la APH. În a 3 a etapă a travaliului se poate elimina incomplet. *Placenta accreta:* Există o aderenţă anormală faţă de uter a întregii placente sau a unei porţiuni din aceasta - este denumită *placenta increta* dacă există o infiltraţie placentară a miometrului sau *placenta per creta* dacă placenta penetrează seroasa peritoneală. Aceste ultime trei tipuri predispun la PPH şi pot necesita histerectomie.

Placenta praevia Placentă inserată în segmentul inferior al uterului.

Asocieri: Placentă întinsă (de ex la sarcina gemelară); malformaţii şi fibroame uterine; leziuni uterine (de ex. multiparitate, intervenţii chirurgicale anterioare inclusiv operaţia cezariană). Ecografia pelviană la sarcinile mai mici de 24 de săptămâni arată inserţia joasă a placentei în 28% din cazuri, dar prin dezvoltarea ulterioară a segmentului inferior, procentul real al placentelor jos inserate la termen este de 3%.

Terminologie: Placenta praevia major (clasicele grade 3 şi 4) în care placenta acoperă orificiul intern cervical, caz în care naşterea necesită operaţie cezariană. *Placenta praevia minor* (clasicele grade 1 şi 2) în care placenta se inseră pe segmentul inferior fără a acoperi orificiul cervical intern: în acest caz încearcă naşterea normală. Se poate manifesta ca APH (eliminarea placentei cauzează hemoragii deoarece segmentul inferior este elongat) sau ca imposibilitate de angajare a extremităţii cefalice fetale cu prezentaţie cefalică înaltă. Problemele care apar se datorează hemoragiei şi modalităţii de naştere deoarece placenta obstrucţionează orificiul cervical intern şi se poate rupe în timpul travaliului, sau poate fi de tip accreta (5%) în special secundară operaţiilor cezariene anterioare (> 24%).[1] Operaţia cezariană trebuie realizată sau supervizată de către un medic specialist obstetrician.[2]

Testele funcţionalităţii placentare. Placenta produce progesteron, gonadotrofină corionică umană şi hormon lactogen placentar. Gonadotrofina corionică umană este utilizată pentru detectarea precoce a sarcinii. Testul hormonului lactogen placentar (anterior utilizat pentru a încerca monitorizarea funcţiei placentare) şi cel al estrogenilor urinari (pentru monitorizarea unităţii feto-placentare) au căzut în disgraţie datorită lipsei de sensibilitate, şi sunt acum înlocuite de către teste biofizice (p.131).

---

1. S. Clarke 1985 *Obs Gynecol* 66 89; 2 DoH 1994 *Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom* 1988 - 90 HMSO

Modificări fiziologice din cursul sarcinii

Modificările hormonale. *Progesteronul,* sintetizat de către corpul galben până în ziua a 35-a de la concepție și apoi de placentă, scade excitabilitatea musculaturii netede (uter, tub digestiv, uretre) și crește temperatura corpului. *Estrogenii,* din care 90% sunt reprezentați de estriol stimulează dezvoltarea sânilor și mameloanelor, retenția de apă și sinteza de proteine. *Hormonul lactogen placentar* declanșează eliberarea de hormon somatotrop și secreția de insulină, dar scade efectele periferice ale insulinei, eliberând acizii grași materni (astfel protejând utilizarea glucozei materne). De asemenea, acesta stimulează dezvoltarea glandei mamare și producția maternă de caseină, lactalbumină și lactoglobulină. Glanda tiroidă maternă se mărește adesea datorită creșterii producției de coloid. Pentru nivelul seric de tiroxină vezi p.175. Secreția hipofizară de *prolactină* crește pe durata sarcinii. Descărcarea de *cortizol* matern este crescută dar nivelele serice ale cortizolului liber rămân constante.

Modificări genitale Spre deosebire de uterul negravid care are 100 g, uterul la termen cântărește 1100g. Hiperplazia musculară se produce după săptămâna a 20 a, fiind urmată de alungirea fibrelor musculare uterine. Colul uterin poate dezvolta un ectropion ("eroziuni"). Colagenul de la nivelul cervical se reduce în apropierea termenului. Secrețiile vaginale cresc datorită ectopiei cervicale, descuamării celulare și ↑ producției de mucus de către mucoasa vaginală vasocongestivă.

Modificări hemodinamice. *Sânge:* volumul plasmatic crește începând cu săptămâna a 10 a și până în săptămâna a 32 a când atinge 3,8 l (50% > față de volumul plasmatic în absența sarcinii). Volumul hematiilor crește de la 1,4 l în absența sarcinii la 1,64 l la sarcina la termen fără adiministrare suplimentară de fier (↑ 18%) sau 1,8 l la termen (↑ 30%) cu administrare suplimentară de fier - de aceea Hb scade datorită hemodiluției ("anemia fiziologică"). GA (în medie 10, 5 x 109/l) , trombocite, VSH (crescut de 4 ori), colesterolul, betaglobulina și fibrinogenul sunt crescute. Scad albumina și gammaglobulinele.

Aparatul cardio-vascular: Debitul cardiac crește de la 5 litri/min la 6,5 - 7 l/min în primele 10 săptămâni de sarcină, prin creșterea volumului - bătaie (10%) și a frecvenței cardiace (aprox. 15 bătăi/min). Rezistența periferică scade (datorită modificărilor hormonale). TA, în particular TA diastolică scade în cursului primului și celui de al doilea trimestru de sarcină cu 10 - 20 mm Hg, apoi la termen crește la nivelele înregistrate în absența sarcinii. Pot apare ectazii venoase (varice) datorită creșterii distensibilității venoase și a presiunii venoase (așa cum se întâmplă în prezența oricărei formațiuni pelviene).

Alte modificări. Ventilația pulmonară crește cu 40 % (volumul curent crește de la 500ml la 700ml), creșterea amplitudinii respirației fiind un efect al progesteronului. Consumul de oxigen crește doar cu 20%.

Dispneea este obişnuită deoarece $PaCO_2$ maternă este menţinută la un nivel mai scăzut pentru a-i permite fătului să-şi descarce CO_2 propriu. Motilitatea tubului digestiv este încetinită determinând constipaţie, întârzierea evacuării gastrice şi relaxarea sfincterului cardial ce produce pirozis. În cursul sarcinii rinichii cresc cu aproximativ 1 cm în lungime.

Micţiunile frecvente apar precoce (prin creşterea ratei filtrării glomerulare cu 60%) iar ulterior prin comprimarea vezicii urinare de către capul fetal. Musculatura vezicii urinare este relaxată dar în mod normal nu apare urină reziduală după micţiune. Pigmentarea cutanată (de ex pe linia neagră, areola mamelonară, sau pete pigmentare maronii - "cloasma" - prezente în special la nivelul feţei) eritemul palmar, steluţele vasculare, şi vergeturile sunt frecvente. Căderea părului capilar este diminuată în cursul sarcinii dar accentuată în puerperalitate.

Teste de graviditate Sunt pozitive din prima zi a primului ciclu menstrual absent, până la aprox. 20 săptămâni de sarcină şi se menţin pozitive aprox. 5 zile după întreruperea sarcinii sau moartea fătului. De altfel, rata testelor +ve false este scăzută. Aceste teste detectează subunitatea beta a gonadotrofinei corionice umane în prima urină matinală, şi de aceea se pozitivează şi în boala trofoblastică (p. 26).

Intervale de referinţă pentru parametrii biochimici plasmatici zilnici[1] [2]

	Absenţa sarcinii		Trimestrul 1		Trimestrul 2		Trimestrul 3	
Procentul	**2,5**	**97,5**	**2,5**	**97,5**	**2,5**	**97,5**	**2,5**	**97,5**
Na+ mmol/l	138	146	135	141	132	140	133	141
Ca+mmol/l	2	2,6	2,3	2,5	2,2	2,2	2,2	2,5
* corectat	2,3	2,6	2,25	2,57	2,3	2,5	2,3	2,59
Albumină g/l	44	50	39	49	36	44	33	41

Alte intervale de referinţă pentru alţi parametri biochimici (nu sunt analizaţi pe trimestre)

	În afara sarcinii	În sarcină
Fosfataza alcalină	3 - 300 UI/l	peste 450 UI/l**
Biocarbonat mmol/l	34 - 30	20 - 25
Creatinină µmol/l	70 -150	24 - 68
Urea mmol/l	2,5 - 6,7	2 - 4,2
Ac. uric µmol/l	150 - 390	100 - 270

* Calciu corectat în funcţie de albumina plasmatică (vezi MMC p. 572).

** Ocazional mult mai crescută în sarcini aparent normale.[3]

Proteina C reactivă nu se modifică semnificativ în cursul sarcinii.

1 B Berg 1984 Acta Obstet Gynecol Scand 63 583 - 6 2 OTM 1987, oup, pag. 29 - 2 3 AH Gowenlock 1988 Varley's Practical Clinical Biochemistry 1988, pag. 535, Heinemann, London.

Travaliul normal

Uterul prezintă după 30 de săptămâni de sarcină contracţii de tip Braxton - Hicks. Acestea sunt recunoscute în "practică" drept contracţii nedureroase, în care presiunea este de aprox. 15 mmHg (în travaliu presiunea este de aprox. 60 mmHg) şi sunt cel mai frecvent întâlnite după 36 de săptămâni.

Travaliul normal se produce după 37 de săptămâni de gestaţie. În mod normal, trebuie să aibă ca rezultat naşterea spontană pe cale vaginală a unui copil în primele 24 de h de la debutul contracţiilor spontane regulate. Este adesea anunţată (prevestită) printr-o "marcă" a travaliului - eliminarea dopului de mucus cervical şi o mică hemoragie când membranele coboară prin orificiul cervical. Atunci se poate produce ruptura membranelor.

Primul stadiu al travaliului este reprezentat de intervalul de timp de la debutul contracţiilor până când colul uterin este complet dilatat (colul uterin nu se mulează pe extremitatea cefalică). Colul uterin iniţial *se şterge:* devine mai scurt şi mai moale înainte de a se dilata. O viteză de dilatare satisfăcătoare pornindu-se de la un orificiu de 3 cm este de 1 cm/h. Primul stadiu, de obicei, durează 12 ore la primare şi 7,5 ore la multipare. În cursul primului stadiu al travaliului controlează la fiecare jumătate de oră pulsul matern TA şi T°; evaluează contracţiile uterine la fiecare 15 min în ceea ce priveşte intensitatea lor (în timpul unei contracţii trebuie să fii incapabil să deprimi uterul cu degetele) şi frecvenţa lor (ideal 3 - 4 /10 min, cu durată de peste 1 min). Examinează vaginul la fiecare 4 ore pentru a evalua gradul de dilatare a colului uterin, poziţia şi gradul de angajare ale extremităţii cefalice (măsurat în cm deasupra spinelor ischiatice) şi notează gradul de modelare a acesteia (vezi p.92). Notează starea lichidului amniotic (vezi p.143). Testează urina maternă din 4 în 4 ore pentru proteinurie şi corpi cetonici. Dacă mama devine ceto-acidozică instatează-i o perfuzie IV şi administrează-i glucoză 10%. Măsoară frecvenţa cordului fetal (dacă aceasta nu este monitorizată continuu) la fiecare 15 min. Notează frecvenţa cardiacă înainte, în timpul şi imediat după contracţiile uterine.

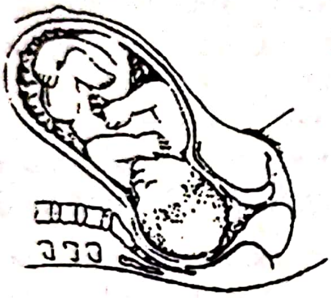
Al doilea stadiu al travaliului este reprezentat de intervalul de timp din momentul dilatării complete a colului uterin până la naşterea copilului (vezi Mişcările capului fetal în cursul travaliului p.92).

Mama va simţi nevoia să împingă fătul spre exterior şi pentru aceasta îşi va utiliza musculatura abdominală împreună cu manevra Valsalva pentru a-şi ajuta copilul să se nască. Pe măsură ce capul coboară, perineul se întinde şi anusul se deschide larg. Durata normală a celui de-al doilea stadiu este de 45 - 120 de min la primipare şi de 15 - 45 min la multipare. Scopul asistării gravidei în această perioadă îl reprezintă prevenirea naşterii precipitate (şi astfel a hemoragiei intracraniene) prin exercitarea presiunii asupra perineului.

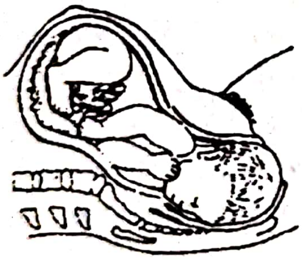
Durata temporizării secţionării cordonului ombilical influenţează nesemnificativ nou - născuţii la termen, dar menţinerea acestora la 20 cm sub orificiul vaginal şi întârzierea pensării cordonului ombilical peste 30 de secunde determină nivele ridicate ale hematocritului, scăzând astfel necesităţile transfuzionale şi de administrare suplimentară de oxigen la prematuri.[1]

Al treilea stadiu - îl reprezintă eliminarea placentei. Deoarece după naşterea copilului, uterul se contractă până la dimensiunea corespunzătoare săptămânei a 20 a de sarcină, placenta se separă de uter la nivelul stratului spongios al deciduei bazale. Apoi se pliază şi hemoragia retroplacentară în cantitate mică îi facilitează eliminarea.

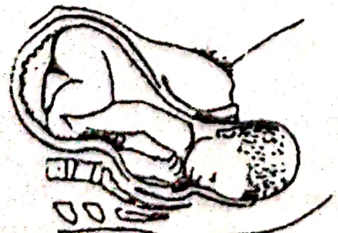
Semne de separare: Cordonul ombilical se alungeşte, precipitarea sângerării (datorate hemoragiei retroplacentare) la nivelul vaginului, uterul ascensionează, se contractă în abdomen (poate fi simţit " la mână"), şi devine mai globulos. Administrarea de rutină a syntometrinei (ergometrină maleat 500 µg IM + oxitocină 5 U IM) când umărul anterior al copilului s-a exteriorizat, a scăzut durata celui de-al treilea stadiu (la aproximativ 5 min), şi a scăzut de asemenea incidenţa HPP, dar poate cauza probleme pentru sarcina gemelară nediagnosticată. Examinează placenta pentru a verifica dacă este completă.



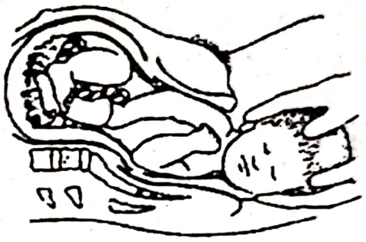
1) Primul stadiu al travaliului. Colul uterin se dilată. După dilatarea completă, extremitatea cefalică fetală îşi accentuează flexia şi coboară mai mult în pelvis.



2) La începutul celui de-al doilea stadiu extremitatea cefalică se rotează la nivelul spinei ischiatice, astfel încât occiputul se aşează în partea anterioară a pelvisului. La sfârşitul celui de-al doilea stadiu extremitatea cefalică dilată inelul vaginal ("încununare"), iar perineul se întinde peste acesta.

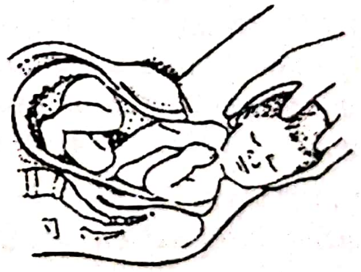


3) Extremitatea cefalică s-a exteriorizat. Umerii sunt încă aşezaţi în poziţie transversală în pelvisul mijlociu.



4) Exteriorizarea umărului anterior. Umerii se rotează pentru a se aşeza pe diametrul anteroposterior al strâmtorii pelviene inferioare. Extremitatea cefalică se rotează extern, revenind la direcţia pe care o avea la debutul travaliului.

Tracţiunea extremităţii cefalice în direcţiile sus - jos, realizată de către persoana care asistă naşterea facilitează exteriorizarea umărului anterior.



5) Exteriorizarea umărului posterior este facilitată de ridicarea în sus a extremităţii cefalice în timpul menţinerii tracţiunii.

1 S. Kimmond 1993 *BMJ* i 172

Palparea abdominală

Uterul ocupă abdomenul dar nu poate fi palpat intraabdominal până la 12 săptămâni de sarcină. La 16 săptămâni, uterul gravid se găseşte la aproximativ jumătatea distanţei dintre simfiza pubiană şi ombilic. La 20 - 22 săptămâni a ajuns la nivelul ombilical. La primipare fundus-ul uterin este situat sub coaste la aproximativ 36 de săptămâni. La termen uterul tinde să se situeze puţin mai jos decât la 36 săptămâni datorită extremităţii cefalice ce coboară în pelvis. O parte din personalul care asistă naşterea preferă să măsoare distanţa simfiză pubiană - fundus uterin (SFU) în cm, de la nivelul simfizei pubiene. De la 16 săptămâni SFU creşte cu aproximativ 1 cm/săptămână. Ca etalon util pentru comparaţie SFU este egal cu numărul de săptămâni de sarcină minus 3. Poate fi util pentru depistarea copiilor prea mici pentru vârsta gestaţională (p.114).

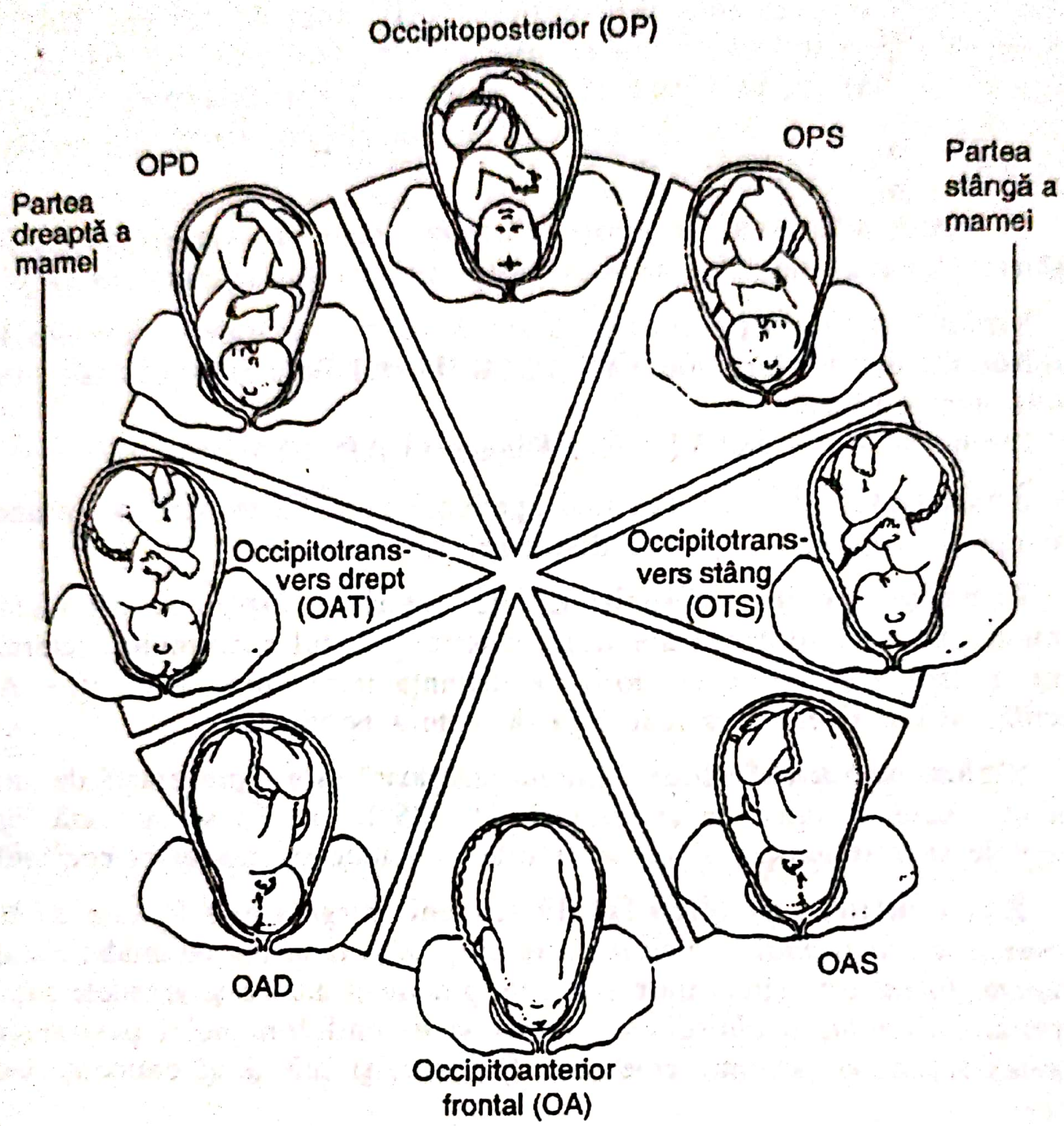
La inspecţia abdomenului observă orice cicatrice a unei intervenţii anterioare. Cicatricele cezarienelor anterioare sunt de obicei de tip Pfannenstiel (pe linia bikini-lor), deşi la femeile obeze aceasta poate fi situată vertical. Cicatricele post laparoscopie sunt situate inferior şi paralel cu ombilicul. Frecvent, pe linia mediană de la părul pubian la ombilic se poate observa o linie pigmentată - *linea nigra.* Aceasta îşi accentuează culoarea în timpul primului trimestru (primele 13 săptămâni).

Palparea abdomenului. Măsoară SFU şi ascultă *bătăile cordului fetal.* După 32 de săptămâni palpează uterul lateral pentru a evalua poziţia, apoi palpează bimanual polul uterin inferior pentru a identifica prezentaţia şi gradul ei de angajare. Supraveghează faţa pacientei în timpul examinării şi stopează palparea dacă aceasta cauzează durere. Obezitatea, polihidramniosul şi contractura musculaturii abdominale fac dificilă perceperea fetusului. Moaşele sunt specializate în asemenea tip de palpare, şi de aceea cere-le ajutorul dacă ai nevoie.

Este important să determini *numărul de fetuşi* (vezi p.136), *poziţia* (longitudinală, oblică sau transversală), *prezentaţia* (cefalică sau pelviană), şi *angajarea.* Notează cantitatea de lichid amniotic prezentă, mărimea aparentă a fetusului şi orice contracţii care apar.

Auscultaţia. Cordul fetal poate fi ascultat prin ecografia Doppler (Sonicaid®) începînd cu săptămîna 12 sau cu un stetoscop Pinard din săptămîna 24.

Angajarea. Poziţia extremităţii cefalice este evaluată în două moduri - angajată sau palpabilă abdominal. Se poate vorbi de angajare atunci când diametrul maxim al prezentaţiei a trecut prin strâmtoarea pelvină superioară. Dacă este palpabilă abdominal, acest lucru arată ceea ce palpezi tu în acel moment şi nu-ţi poate da nici un fel de indicaţie asupra gradului de angajare a extremităţii cefalice. La primigravide extremitatea cefalică fetală intră de obicei în pelvis la aprox. 37 săptămâni, în caz contrar trebuie excluse alte cauze (de ex *placenta praevia,* malformaţii fetale). La multipare extremitatea cefalică fetală poate să nu intre în pelvis până la debutul travaliului.


Occipitoposterior (OP)
OPD
OPS
Partea dreaptă a mamei
Partea stângă a mamei
Occipitotrans-vers drept (OAT)
Occipitotrans-vers stâng (OTS)
OAD
OAS
Occipitoanterior frontal (OA)

Poziţii

Occipitoanterior	Occipitolateral	Occipitoposterior
Spate uşor palpabil	Spatele poate fi palpat	Spatele nepalpabil
Membrele dificil de palpat	Membrele palpabile lateral	Membrele palpabile anterior
Umerii sunt situaţi la 2 cm de linia mediană pe partea opusă spatelui	Umerii situaţi median	Umerii la 5-8 cm lateral pe aceeaşi parte cu spatele
Distanţa spate linie mediană = 2-3 cm	6-8 cm	≥10 cm

►Cordul fetal este cel mai bine ascultat acolo unde este spatele fetal (la nivelul scapulei fetale).

Pelvisul matern şi extremitatea cefalică fetală

Pelvisul ideal Acest pelvis ar trebui să aibă conturul strâmtorii superioare rotund, spine ischiatice neproeminente, sacrum curbat, cu incizuri sciatice largi şi ligamente sacrospinoase mai lungi de 3,5 cm. Unghiul strâmtorii superioare cu orizontala este de 55°, diametrul AP este de cel puţin 12 cm iar cel transvers de cel puţin 13,5 cm. Marginea inferioară a simfizei pubiene trebuie să fie arciformă, iar distanţa dintre tuberozităţile ischiatice de cel puţin 10 cm.

Pelvisul adevărat (propriu-zis) Este delimitat anterior de simfiza pubiană (lungime de 3,5 cm) şi posterior de sacrum (lungime de 12 cm).

Strâmtoarea superioară Limite anterior - marginea superioară a pubisului, posterior-promontoriul sacral, lateral linia ileo-pectinee (eminenţa ileo-pectinee).

Diametrul transvers: 13,5 cm; Diametrul AP: 12,5 cm.

Zona cavităţii Este cea mai spaţioasă zonă. Este aproape rotundă. Diametrul transvers: 13,5 cm; diametrul AP 12,5 cm.

Zona pelvisului mijlociu Limite: anterior - marginea inferioară a arcului pubian (simfizei pubiene), posterior -vârful sacrumului, lateral - spinele ischiatice (este de dorit ca distanţa între spine >10,5cm). Are formă ovoidă şi este cea mai îngustă parte a pelvisului.

Strâmtoarea inferioară Limita anterioară este reprezentată de arcul pubian (este de dorit ca unghiul să fie >85°). Lateral se situează ligamentele sacrotuberoase şi tuberozităţile ischiatice iar posterior coccisul.

Extremitatea cefalică fetală termeni: *bregma* este fontanela anterioară; *punctul frontal* este situat între bregma şi rădăcina piramidei nazale. *Punctul facial* este situat între rădăcina piramidei nazale şi arcadele supraorbitare. *Punctul occipital* este situat la nivelul fontanelei posterioare. *Vertex*-ul este zona dintre cele două fontanele şi cele două eminenţe parietale.

Modelarea Oasele frontale pot aluneca sub cele parietale care la rândul lor pot aluneca sub osul occipital, astfel reducând diametrul biparietal. Gradul de suprapunere poate fi evaluat vaginal.

Prezentaţia	**Diametrul relevant al prezentaţiei**	
Vertexul flectat	suboccipitobregmatic	9,5 cm
Vertex parţial flectat	suboccipitofrontal	10,5 cm
Vertex deflectat	occipitofrontal	11,5 cm
Frontală	mentovertical	13 cm
Facială	submentobregmatic	9,5 cm

Mişcarea extremităţii cefalice în cursul travaliului (prezentaţia craniană normală)

1. Coborâre cu accentuarea flexiei pe măsură ce extremitatea cefalică se angajează în cavitate. Sutura sagitală este situată în diametrul transvers al strâmtorii superioare.

2. Rotaţia internă apare la nivelul spinelor ischiatice datorită şanţurilor dintre muşchii ridicători anali. Se accentuează flexia extremităţii cefalice. (Capul se rotează cu 90° dacă este vorba de poziţia occipitolaterală, 45° dacă este poziţia occipitoanterioară, 135° dacă este occipitoposterioară).

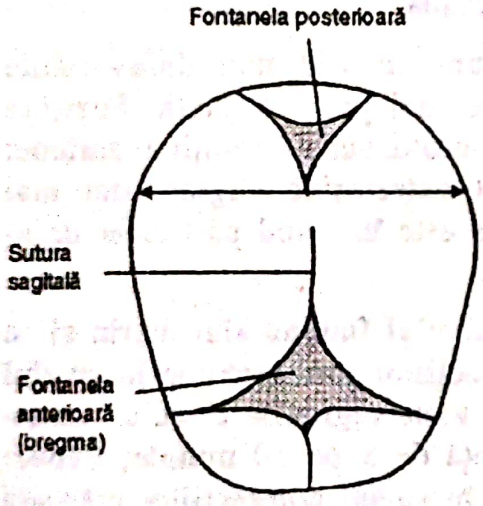
3. Dezangajare prin extensie, pe măsură ce extremitatea cefalică se exteriorizează dincolo de fanta vulvară.

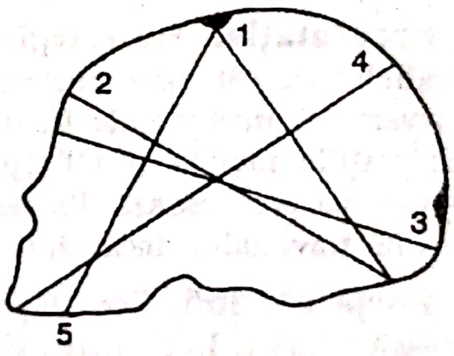
4. Revenirea: în timp ce umerii sunt rotaţi de către muşchii ridicători anali până ce diametrul biacromial este anteroposterior, capul rotează extern la fel de mult dar în direcţie opusă.

5. Exteriorizarea umărului anterior prin flexia laterală a trunchiului posterior.

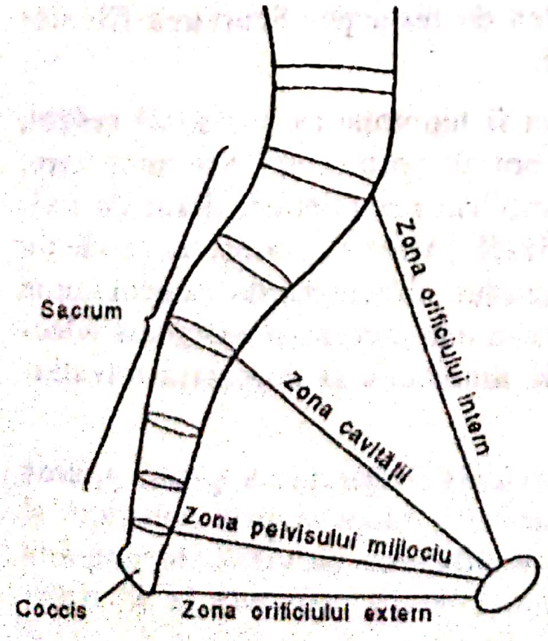
6. Exteriorizarea umărului posterior prin flexia laterală a trunchiului anterior.

7. Exteriorizarea pelvisului şi a membrelor inferioare.


Fontanela posterioară
Sutura sagitală
Fontanela anterioară (bregma)



1 Suboccipitobregmatic 9,5cm -prezentaţie vertex flectat
2 Suboccipitofrontal 10,5cm -prezentaţie vertex parţial deflectat
3 Occipitofrontal 11,5cm -prezentaţie vertex deflectat
4 Mentocervical 13cm -sprîncene
5 Submentobregmatic 9,5cm -faţă


Sacrum
Coccis
Zona orificiului intern
Zona cavităţii
Zona pelvisului mijlociu
Zona orificiului extern

Distocia

Distocia se defineşte ca dificultate în realizarea travaliului. Se poate datora conţinutului (făt mare, vezi distocia umerilor, p. 143, prezentaţie anormală), conţinătorului (pentru pelvisul ideal vezi p. 92) sau afectării propulsiei (forţa uterină). Disproporţia cap fetal-bazin matern apare când valorile diametrelor sunt defavorabile unui travaliu normal (p. 92).

Pelvisul matern. Pelvisul ideal are o strâmtoare superioară cu contur rotund (adică ginecoid), dar la 15% dintre femei acesta are contur oval (antropoid). O strâmtoare superioară foarte plată este şi mai defavorabilă travaliului (platipoidă); apare la 5% dintre femeile de peste 152 cm, şi la 30 % dintre femeile < 152 cm.

Scolioza spinală, cifoza, sacralizarea vertebrei L5, spondilolistezisul şi fracturile pelvine pot afecta toată anatomia pelviană. Rahitismul şi poliomelita au fost anterior cauze importante ale problemelor pelviene. Suspectează o îngustare pelvină dacă extremitatea cefalică nu s-a angajat la săptămâna a 37-a, la o primipară caucaziană.

Prezentaţia. Prezentaţiile cefalice sunt cu atât mai defavorabile travaliului cu cât extremitatea cefalică este mai puţin flectată. Poziţiile transverse şi prezentaţiile frontale necesită întotdeauna operaţii cezariene: prezentaţiile faciale şi OP (p.140) se pot exterioriza vaginal dar mai frecvent nu progresează. Prezentaţia pelvină este în mod particular defavorabilă travaliului dacă fătul are >3,5 kg.

Forţa uterină. Contracţiile încep la nivelul fundus-ului uterin şi se propagă inferior. Intensitatea şi durata contracţiilor sunt maxime la nivelul fundus-ului, dar ating presiunea maximă în toate regiunile uterului simultan. Contracţiile normale apar cu o frecvenţă de 3 pe 10 minute, trebuie să dureze peste 75 de s; presiunea maximă în cursul contracţiilor măsoară între 30-60mmHg, şi tonusul uterin dintre contracţii trebuie să fie între 10 şi 15mmHg. Miometrul are capacitatea de retracţie. Scurtarea fibrelor musculare stimulează dilatarea cervicală.

Disfuncţia uterină. Contracţiile pot fi hipotone (tonus bazal scăzut, presiuni cu amplitudine scăzută), sau pot fi normotone dar sunt rare. Aceste disfuncţii pot fi corectate prin amplificarea contractilităţii cu oxitocină (p.124). Ori de câte ori este utilizată oxitocina, consultă-te cu un specialist obstetrician. Durerea şi frica produc eliberarea de catecolamine care pot inhiba activitatea uterină. De aceea este necesară analgezia adecvată (p. 126) aceasta putând accelera de asemenea şi progresia travaliului.

Distocia cervicală. Dilatarea cervicală incompletă poate apărea secundar traumatismelor, chirurgiei reparatorii, biopsiei prin conizaţie şi cauterizării. Este dificilă diferenţierea de dilatarea cervicală incompletă datorată disfuncţiei uterine, deşi ultima trebuie să răspundă la administrarea de syntocinon (notează diferenţa dintre primipare şi multipare, p. 124). Tratamentul distociei cervicale este naşterea prin operaţie cezariană.

Consecinţele travaliului prelungit. Mortalitatea neonatală creşte datorită travaliului prelungit la fel ca şi morbiditatea maternă (în special prin infecţii). Odată cu introducerea asistării moderne a travaliului, monitorizării atente a progresiei acestuia, prelungirea travaliului este diagnosticată precoce şi tratată când este necesar.

▶Când există distocie, întreabă: "Este posibilă naşterea pe cale vaginală în condiţii de deplină siguranţă?".

Simptome minore ale sarcinii

▶Înainte să prescrii un medicament, gândeşte-te: Este necesar ? Este sigur?

Simptome şi semne în primele 10 săptămâni: Simptomele precoce sunt amenoreea, greaţa, vărsăturile şi polakiurie (iritabilitatea vezicii urinare). Sânii devin fermi, areolele mamare se lărgesc (se închid la culoare la 12 săptămâni). Tuberculii Montgomery (glande sebacee la nivelul glandei mamare) devin proeminente.

Creşte vascularizaţia vulvară iar colul uterin se înmoaie şi apare violaceu (la 4 săptămâni). La 6-10 săptămâni corpul uterin este mai globulos. Temperatura creşte (<37,8°C).

Migrenele, palpitaţiile şi sincopele sunt mai frecvente în cursul sarcinii. Transpiraţiile şi bufeurile de căldură sunt de asemenea frecvente şi se datorează circulaţiei periferice mai dilatate. *Conduită:* creşte aportul lichidian şi recomandă cât mai multe duşuri.

Frecvenţa micţiunilor se datorează comprimării vezicii urinare de către capul fetal în sarcina aproape de termen. Exclude ITU.

Durerea abdominală: vezi p. 150. *Dispneea* este frecventă vezi p.86.

Constipaţia tinde să se producă datorită încetinirii mobilităţii digestive. Aportul lichidian oral adecvat şi dieta bogată în fibre pot ajuta la combaterea constipaţiei.

Evită laxativele stimulante - cresc activitatea uterină la unele femei.

Distensibilitatea venoasă accentuată şi congestia pelvină predispun la *hemoroizi* (dacă se produce prolapsul acestora, apleacă mama cu capul în jos, aplică comprese cu gheaţă şi repoziţionează-i), şi *vene varicoase.* Repausul cu membrele inferioare ridicate şi ciorapii elastici purtaţi în mod corect.

Esofagita de reflux şi pirozisul se produc când relaxarea sfincterului piloric permite bilei iritante să refuleze în stomac. Ţigările şi condimentele trebuie evitate; trebuie administrate prânzuri mici şi utilizate antiacidele.

Durerea de spate (lombalgia) celui de-al treilea trimestru. Datorită relaxării ligamentului pelvic şi musculaturii pelvine durerea tinde să se accentueze noaptea. O saltea tare, pantofi cu talpa plată, statul cu spatele drept şi întreţinerea musculaturii pelvine prin fizioterapie pot fi utile în egală măsură.

Sindromul tunelului carpian (p.742) din cursul sarcinii se datorează retenţiei lichidiene. Recomandă atele pentru pumn, până ce naşterea vindecă problema.

Rash-uri pruriginoase pot fi datorate unor cauze normale (verifică funcţia hepatică -vezi p.175) sau prurigo gravidic -un rash eritematos intens pe abdomen şi membre. Cremele emoliente amelioreză leziunile. Naşterea le vindecă.

Edemul maleolar: este foarte frecvent dar măsoară TA şi controlează urina pentru protenie (PET p.104). Controlează membrele inferioare pentru TFP. Adesea răspunde favorabil la repaus şi ridicarea membrului inferior. *Crampe ale gambelor* afectează 33% din femei din a doua jumătate a sarcinii şi sunt severe la 5% din ele, adesea accentuate nocturn. Ridicarea picioarelor patului cu 20cm poate fi utilă.

Greţurile afectează 80%. *Vărsăturile* - 50%. Pot debuta la aproximativ 4 săptămâni şi scad în intensitate în următoarele săptămâni. La 20 săptămâni 20% din femei pot prezenta încă vărsături[1]. Majoritatea răspund la prânzuri mici şi frecvente. Sunt asociate cu sarcini duse la termen (puţine pierderi de sarcină).

Hyperemesis gravidarum

Este rară (1/1000). *Mod de prezentare:* Incapacitate de menţinere a alimentelor şi lichidelor ingerate; scădere ponderală (2 - 5kg). Dacă este severă poate conduce la deshidratare, hipovolemie, tulburări electrolitice cu şoc hiponatremic, deficienţe (complexul B şi de aici polineuropatie), insuficienţă hepatică şi renală.

Tratament: interneaz-o la spital. Monitorizează PCV şi U&E pentru a-i putea ajusta regimul lichidian IV. Înregistrează pe un grafic pierderile. Exclude ITU. Ecografie pentru a exclude sarcina gemelară sau mola hidatiformă. Antiemeticele IV pot fi necesare (de ex metoclopramidul 10 mg/8h IV). Majoritatea se ameliorează.

---

[1] S. Whitehead 1992 J Obstet Gynae 12 364

Criterii de dirijare a asistenţei la naştere şi naşterea la domiciliu

Majoritatea femeilor din Marea Britanie beneficiază de "supraveghere obstetricală divizată" - adică majoritatea consultărilor lor antenatale sunt girate de către medicul de medicină generală sau de către moaşa comunităţii (unităţi sanitare); dar pentru un număr limitat de consulturi (de obicei 2) gravidele se prezintă la spital şi se adresează specialistului obstetrician care urmează să le asiste la naştere, revenind la domiciliu (după 6 - 72 ore) pentru îngrijire postnatală. O mică parte a acestor femei beneficiază de supraveghere obstetricală în spitale şi de obicei motivele obişnuite ar putea fi când medicii generalişti nu le pot asigura consultările de specialitate, sau că potenţialele complicaţii ale naşterii fac necesară supravegherea de specialitate completă. Unele femei sunt supravegheate de către personalul mediu (moaşe) şi medicul generalist din unitatea de medicină generală respectivă, dar, din ce în ce mai frecvent, femeile cu risc minor sunt supravegheate complet de către moaşe, medicii intervenind numai dacă apar complicaţii. Naşterea poate avea loc în spital, în unităţile de medicină generală (care pot fi sau nu izolate geografic de clinicile de specialitate) sau, foarte rar, acasă.

Pentru acordarea celei mai adecvate supravegheri obstetricale, astfel încât doar sarcinile cu risc minor să fie dirijate de către unităţile de medicină generală sau să beneficieze de asistenţă competentă la domiciuliu; sunt agreaţi anumiţi "factori de risc" ce fac preferabilă dirijarea către specialist. Aceşti factori de risc se împart în factori ce ţin de mamă, de naşterile anterioare şi de sarcina actuală.

Caracteristici ce ţin de mamă

- Nulipare < 20 de ani sau > 30 de ani
- Toate femeile peste 35 de ani
- De la a 5 a sarcină înainte
- Înălţime < 14 cm (158 cm la primipare)
- Foarte obeze; condiţii sociale precare
- Serologie +ve (Ag HB5, HIV) p. 106

Caracteristici ce ţin de sarcinile anterioare

- Copii prematuri sau cu greutate mică la naştere (< 37 săptămâni, < 2,5 Kg)
- Malformaţi, născuţi morţi sau decese neonatale
- Operaţie cezariană sau histerotomie
- Retenţie de placentă
- Naşteri necesitând refacerea planşeului pelvin
- Naşteri facilitate instrumental, PPH

Caracteristici ce ţin de sarcina actuală

- Afecţiuni tiroidiene şi cardiace
- Sarcina multiplă
- Incompatibilitate Rh cu anticorpi prezenţi (p.284)

Criterii de dirijare a asistenţei la naştere şi naşterea la domiciliu

- Dezvoltare sau stare fetală precară
- Diabet zaharat, TA↑, anemie
- Prezentaţii patologice după 34 săptămâni
- Alfa-fetoproteina serică↑

Este sigură naşterea în spitale cu înaltă tehnologie pentru mamele cu risc minor? În asemenea spitale personalul medical care asistă naşterile se confruntă în mod obişnuit cu complicaţii ale naşterii care necesită intervenţii. În Marea Britanie această întrebare este de obicei una academică deoarece majoritatea medicilor generalişti sunt refractari faţă de asistarea naşterilor - iar instruirea obstetrică de 6 luni (Senior House Officer) nu le asigură o competenţă suficientă. Rata crescută a natalităţii şi presiunile serviciilor de sănătate supun acum aceste mari spitale unor mari solicitări. În locuri (de ex Noua Zeelandă, Olanda) unde naşterea în afara marilor spitale este regula, există dovezi destul de clare (dar nu incontestabile) că, în ciuda tuturor măsurilor luate, şi cu excepţia grupurilor cu risc obstetrical maxim, asistarea naşterii în marile spitale are rezultate mai puţin favorabile[1]. Puţinele trial-uri care par a fi în favoarea spitalelor cu înaltă tehnologie sunt recunoscute acum a fi serios criticabile[2].

Naşterea la domiciliu: este rară acum în Marea Britanie (aproximativ 1% din naşteri, iar din acestea 2/3 sunt programate dinainte pentru naşterea la domiciliu).

Este imposibilă stabilirea unor concluzii de ordin statistic din datele cu totul insuficiente ce compară morbiditatea şi mortalitatea dintre naşterile la domiciliu şi cele la spital, deoarece numărul gravidelor din primul grup este atât de mic[2]. O observaţie importantă însă, este aceea că în aproximativ 5% din sarcinile cu risc minor este necesară intervenţia rapidă pentru a salva viaţa (mamei sau a fătului).

Acest lucru focalizează necesitatea ca orice serviciu de asistenţă la domiciliu să aibă la dispoziţie un bun echipament pentru naşteri şi o susţinere adecvată în caz de urgenţă (asigurată în viitor prin unităţile ambulante pentru asistenţă obstetrică de urgenţă şi în special de personalul pregătit în acest scop, care, se speră, va colabora direct cu echipa medicilor obstetricieni specialişti din spital).

Naşterea în sala de naşteri Aceasta asigură o naştere obişnuită, în condiţii corespunzătoare şi cu facilităţile unei săli de travaliu în vecinătate, dacă aceasta este necesară. Mama este asistată de către medicul ei generalist sau de către moaşa unităţii sanitare respective. Un trial randomizat a arătat că şi confortul psihic al mamelor a fost mare şi că aproape toate vor necesita acest tip de asistenţă la naştere, pentru naşterile viitoare. Aceasta poate oferi un compromis pentru adepţii naşterii la domiciliu.

---

[1] D Jewell 1989 *BMJ* i 690   [2] R Campbell 1991 *BMJ* ii 1487

Counselling-ul pregravidic

Scopul consultului pregravidic este de a oferi părinţilor posibilitatea de a decide asupra oportunităţii unei sarcini care să evolueze în condiţiile cele mai bune şi pentru a asigura starea generală optimă pentru făt. Pe scurt, aceasta impune ca femeia să fie imunizată faţă de rubeolă înainte de sarcină, dar trebuie avute în vedere şi alte aspecte:

- Controlul optim al afecţiunilor cronice (de ex. diabetul) înainte de concepţie
- Întreruperea medicamentelor teratogene înaintea concepţiei (p.176)
- Administrare de medicaţie ce protejează fătul faţă de malformaţii (de ex suplimente de folat pentru prevenirea defectelor de tub neural, p. 270, şi mai jos).
- Asigurarea informaţiilor specializate pentru cei cunoscuţi a prezentat risc malformativ, astfel încât sarcina sau evitarea ei să fie o alegere în cunoştinţă de cauză şi în planificarea supravegherii sarcinii să se ţină seama de orice test ce poate fi dorit (de ex, recoltarea vilozităţilor coriale). Serviciile genetice regionale asigură counselling-ul pregravidic pentru o multitudine de afecţiuni genetice. (p. 248-252).

Pentru toate femeile pot fi demne de reţinut recomandările privind următoarele:

Dieta. Pentru a preveni defectele de tub neural dieta trebuie să includă alimente bogate în folaţi şi acid folic 0,4 mg zilnic (de ex Preconceive®) în lunile ce precedă concepţia pînă la a 13 a săptămână de gestaţie[1] (5mg/zi dacă există antecedente de defect de tub neural). Evită ficatul şi vitamina A (risc de embriopatie datorată vitaminei A)[2]. Alte vitamine administrate la momentul concepţiei pot facilita prevenirea malformaţiilor[3].

Fumatul poate descreşte rata ovulaţiei, determină accentuarea spermatogenezei anormale, reduce capacitatea de penetrare a spermatozoizilor, creşte rata avorturilor spontane (de 2 ori), şi este asociat cu naşteri de copii prematuri şi dismaturi (media greutăţii - la nefumătoare: 3376 g, fumătoare: 3200g). Capacitatea redusă de a citi a copiilor de peste 11 ani ai mamelor fumătoare arată că efectele pe termen mai lung pot fi importante. Aproximativ 17% din mamele fumătoare opresc fumatul înainte sau în cursul sarcinii.

Consumul de alcool. Nivelele ridicate ale consumului de alcool sunt cunoscute a cauza sindromul alcool-fetal (p. 268). Consumul moderat de alcool nu a fost dovedit a influenţa negativ fătul dar alcoolul poate traversa placenta şi poate afecta creierul fetal. Ratele avorturilor spontane sunt mai ridicate în rândul consumatoarelor de alcool. Cum să opreşti consumul de alcool: vezi p.518.

Avortul spontan (AS) aproximativ 12% din primele sarcini se termină prin avort spontan. După primul AS rata creşte la aprox. 24%; după al doilea AS aprox. 36%; după 3 la aprox. 32% şi după 4 la 25% - astfel că probabilităţile (şansele) unei viitoare sarcini de a fi duse la termen sunt aprox. două din trei. Succesiunea AS/sarcini viabile este de asemenea relevantă: cu cât mai recentă este o sarcină viabilă cu atât mai mare este şansa unui rezultat favorabil al sarcinii următoare.

Avortul spontan recurent. Este definit ca ≥3 avorturi spontane recurente. Cauzele includ malformaţiile anatomice materne, infecţiile materne, anomaliile genetice, afecţiuni materne (boli debilitante, diabet şi probleme tiroidiene, lupus anticoagulant prezent) deficienţa luteală (pentru avorturile ce apar în primele 8 săptămâni de gestaţie). În aprox. 50% din cazuri poate fi găsită cauza potenţială a acestora, iar multe din aceste cauze sunt tratabile.

Counselling-ul pregravidic este preferabil a fi realizat de către cei ce vor supraveghea femeia pe parcursul potenţialei sarcini; deci şi cele cu afecţiuni medicale cronice pot necesita o colaborare directă între obstetrician şi medicul generalist.

---

1 DoH 1992 Letter from Chief Medical Officer PL/CMO (92) 18
2 DoH 1990 Letter from Chief Medical Officer PL /CMO (90) 10
3 A Czeizel 1993 *BMJ* i 1645

Consultul prenatal

Scopurile consultului prenatal sunt:
• Detectarea oricărei boli la mamă • Ameliorarea disconforturilor asociate sarcinii • Monitorizează şi promovează starea generală fetală bună ·Pregătirea mamelor pentru naştere • Monitorizarea stărilor ce predispun la complicaţii pentru a preveni sau a detecta precoce orice complicaţie a sarcinii: TA este parametrul variabil cel mai important (eclampsia, p.104). Ori de câte ori este luată în discuţie utilitatea altor parametri variabili (greutate, înălţimea fundus-ului uterin, analiza urinei) aceştia se dovedesc a avea sensibilitatea joasă şi a nu întruni criteriile necesare pentru un test screening bun (p.492)[1].

Primul consult antenatal este foarte amplu ▶găseşte un traducător (interpret) dacă ea nu îţi vorbeşte limba. Fă o *anamneză* a sarcinii; ciclul menstrual obişnuit, contracepţia recentă; data şi caracteristicile ultimei menstruaţii (Data probabilă a naşterii aprox. 1 an şi 7 zile după UM minus 3 luni -pe acest mod de apreciere nu te poţi baza dacă ultima menstruaţie a fost o sângerare de privare). Întreab-o de medicamente, intervenţii chirurgicale la abdomen, pelvis, probleme de fertilitate, rezultatul şi complicaţiile sarcinilor anterioare. Există antecedente familiale de diabet, TA↑, anomalii fetale sau sarcini gemelare ? Există sărăcie (de ex, gazul sau electricitatea tăiate?) Dieta este adecvată? Recomandă evitarea pate-urilor şi brânzeturilor moi (MMC, p.220) precum şi supradozajul vitaminic, de ex ficatul sau tablete cu vitamine (p.100).

Examenul obiectiv: ascultă inima şi plămânii; examinează sânii, areolele mamare, Ta şi abdomenul. Consideră un examen pelvian dacă nu te poţi baza pe datele pe care ţi le furnizează (în caz că aceste date nu vor fi confirmate ulterior ecografic) sau dacă necesită realizarea unui frotiu cervical. Controlează eventualele varice.

Sânge pentru: Hb, grup sanguin (anticorpi dacă Rh -ve, p.284) serologie pentru rubeolă şi sifilis, testul de siclizare (pentru siclemie), dacă este neagră, testul triplu pentru alfa-fetoproteina (p.270 , p.188); electroforeza Hb (p.171) şi Ag HB5 (p. 109) dacă acesta este relevant. Recomandă testul HIV (MMC, p.214) MSU pentru proteine, glucoză, bacterii. Dacă este străină sau contact TBC sau lucrează în spital, consideră RX toracică după 14 săptămâni. În multe unităţi este de rutină examenul ecografic (un eveniment pentru părinţi), pentru confirmarea datelor anamnestice, căutarea anomaliilor fetale şi excluderea chisturilor ovariene.

Dacă mama are peste 35 de ani consideră amniocenteza la 16-18 săptămâni pentru a exclude sdr. Down (p.186).

Sugestii: Ore de educaţie a părinţilor/relaxare; vizite la stomatolog. Investighează problemele şi anxietăţile inerente. Consideră necesităţile de *fier şi folaţi* (p.171, 100).

Recomandări asupra: consumului de alcool şi tutun, asupra unei diete sănătoase (MMC, p.482) şi repaus adecvat. Asigură cunoaşterea beneficiilor securității sociale. Efortul fizic obişnuit şi călătoriile (nu în zonele endemice pentru malarie p.176) sunt permise după 34 de săptămâni pe majoritatea liniilor aeriene. Contactul sexual nu este interzis dacă nu apar sângerări vaginale.

Consulturile ulterioare. Controlează greutatea, urina pentru albumină şi glucoză, TA, înălţimea fundus-ului uterin, mişcările fetale (primiparele le percep la aprox. 19 săptămâni, multiparele mai precoce), bătăile cordului fetal - poziţia şi prezentarea începând cu a 32 a săptămână. Recoltează sânge pentru Hb de exemplu la 28 & 36 săptămâni, caută anticorpii Rh. Consulturile sunt lunare de la 16 la 32 de săptămâni la 2 săptămâni până la săptămâna a 36 a, apoi săptămânal.

Există dovezi că acest ritm este prea frecvent pentru majoritatea testelor, dar nu suficient de frecvent pentru TA şi albuminurie[2].

Capul este de obicei angajat (p.90) la 37 săptămâni la primiparele caucaziene (dacă nu, ia în considerare: cap mare (sau malpoziţionat), pelvis mic sau obstrucţia lui, *placenta praevia* sau estimarea greşită a datelor anamnestice).

La 36 de săptămâni unii medici controlează clinic pelvisul la primipare. Pelvisul este favorabil travaliului dacă promontoriul sacral nu poate fi palpat, spinele ischiatice nu sunt proeminente, arcul suprapubian şi baza ligamentelor supraspinoase acceptă două degete, iar diametrul intertuberozitar 4 încheieturi ale degetelor.

[1] P. Steer 1993 *BMJ* ii 697, [2] DG Daniel 1993 *BMJ* ii 1214

Hipertensiunea în sarcină

Hipertensiunea esenţială Este mai obişnuită la femeile vârstnice. Hipertensiunea este prezentă înainte de sarcină. Poate fi necesară modificarea terapiei medicamentoase sau începerea acesteia pentru a menţine TA aprox. 140/90 mmHg. Consecinţa finală asupra stării fetale este determinată de severitatea bolii şi de existenţa preeclampsiei supraadăugate (PET - vezi mai jos -sugerată de o creştere a TA≥ + 30/+15mmHg faţă de nivelul de bază, hiperuricemie progresivă, proteinurie sau activarea sistemului de coagulare). O femeie cu hipertensiune esenţială are risc de 5 ori mai mare de a dezvolta preeclampsia decât o normotensivă.

Preeclampsia Vezi nota de subsol despre terminologie de la p.82. Hipertensiunea indusă de sarcină (HIS) cu proteinurie ± edeme a fost denumită toxemie preeclamptică (TPE). Această perturbare multisistemică cu origine placentară (defectul primar se crede că ar fi eşecul celui de-al doilea val de invazie trofoblastică a arterelor spiralate)[1], afectează vascularizaţia hepatică, renală şi sistemul de coagulare. Apare după 20 de săptămâni de sarcină şi de obicei se remite în primele zece zile de la naştere. Este cauza principală a decesului matern şi a morbidităţii şi mortalităţii fetale. Afecţiunea este asimptomatică până în stadiul terminal, de aceea este vital screening-ul frecvent al TA. Poate da recurenţe la sarcina următoare.

Factori predispozanţi *Materni:* Primiparitate; preeclampsie severă anterioară, antecedente familiale de preeclampsie sau eclampsie; statură mică (< 155 cm) sau subponderabilitate, vârstă <20 sau >35 ani; migrenă preexistentă, TA↑ sau risc major pentru afecţiuni renale. Incidenţa este mai scăzută la fumătoare. *Fetali:* Molă hidatiformă (↑TA la 20 de săptămâni); sarcină multiplă; hidrops placentar (de ex. incompatibilitate Rh). Toate aceste afecţiuni au un flux sanguin placentar crescut.

Efecte ale preeclampsiei Volumul plasmatic este scăzut. Există o creştere a rezistenţei vasculare periferice. Poate apărea ischemia placentară. Dacă TA >180/140 mmHg se dezvoltă microanevrisme la nivelul arterelor. Poate apărea CID.

Edemele pot apărea brusc (ex. creştere în greutate 0,5 - 1kg/zi). Proteinuria este un semn tardiv, indicând şi afectarea renală care însă poate fi detectată precoce prin monitorizarea nivelelor de acid uric (nivele >0,29µmol/l la 28 săptămâni, >0,34µmoli/l la 32 de săptămâni, >0,39µmoli/l la 36 de săptămâni sugerează preeclampsia). Filtrarea glomerulară este iniţial normală şi doar acidul uric seric este crescut, dar ulterior cresc atât ureea cât şi creatinina. Poate fi implicat ficatul (contribuind la CID). Placenta poate dezvolta infarcte. Pot de asemenea apărea asfixia fetală, dezlipirea placentară precoce şi se pot naşte copii mici (p.114 & p.131).

Preeclampsia simptomatică Poate mima o afecţiune virală, gravida prezentând migrenă, febră, dureri toracice, epigastrice, vărsături şi tulburări de vedere. Pot apărea tahicardie, tremurături, hiperflexie, iritabilitate şi ulterior edeme papilare. În acest stadiu mama este în pericol de a dezvolta convulsii generalizate (eclampsia) de aceea trebuie internată de urgenţă şi instituit tratamentul adecvat. Decesul poate fi iminent şi se poate datora accidentului vascular cerebral (cel mai frecvent) sau insuficienţelor hepatice renale sau cardiace.

Conduită: faza precoce a preeclampsiei Internează mamele dacă TA creşte cu >30/20 mmHg peste valorile de la luarea în evidenţă; dacă TA atinge 160/100; dacă ≥ 140/90 cu proteinurie, sau dacă există întârziere de creştere intrauterină. În spital, măsoară TA de 2-4 ori /oră, greutatea zilnic, măsoară proteinele din urină din 24 h, monitorizează echilibrul hidric, controlează acidul uric, funcţiile renale, hepatice şi placentare şi trombocitele (fii atent dacă scad <110x10^9/l)^2 în mod regulat; fă de asemenea cardiotocografia antenatală de rutină cu controlul ecografic al creşterii fetale şi profilurile biofizice. Ecografia Doppler (p.131) va identifica acei copii care ar putea beneficia de administrare de aspirină la mamă. Tuturor gravidelor cu preeclampsie trebuie să li se administreze blocanţi H_2 la debutul travaliului^4. În preeclampsia asimptomatică, TA↑ poate fi tratată cu medicamente, de ex. metildopa^3 250 mg - 1g/6h sub supraveghere în spital când TA creşte la 170/110 mmHg, pentru a câştiga timpul necesar maturării fetale, şi dacă toţi ceilalţi parametri variabili au valori satisfăcătoare. Dacă simptomatologia se agravează se induce naşterea copilului (colaborează cu pediatrii). Naşterea este singura soluţie terapeutică.

Conduita în preeclampsia şi eclampsia simptomatice

▶▶În PE simptomatică şi în eclampsie, administrează hidralazină 10 mg IV + diazepam 10 mg lent IV, imediat ce diagnosticul a fost pus. Diluează 40 mg diazepam în 500ml glucoză 5%; administrează în perfuzia IV în ritm de cel puţin 60 pic./min pentru a seda intens gravida. Simptomele vizuale, contracţiile tonice sau clonusul călcâiului (spasm carpo-pedal ?) indică faptul că naşterea copilului trebuie să se producă de urgenţă (de ex. operaţia cezariană) - indiferent de vârsta gestaţională -dacă se intenţionează salvarea vieţii mamei. Controlează TA maternă la fiecare câteva minute până la naştere (şi *post-partum)*. Hidralazina se administrează în bolus de ex. 5 -10mg/20-30min. IV sau în perfuzie IV titrată împotriva reacţiilor adverse. Perfuziile administrate continuu sau bolus-urile, administrate mai frecvent de 1 la fiecare 20-30min, pot avea efect cumulativ, cauzând hipotensiune^3. Labetalol-ul reprezintă o alternativă la hidralazină. Doza: 50 - 100 mg IV la fiecare 20-30min sau 20-160mg/h sub formă de perfuzie IV^3. Indiferent de oră, contactaţi-vă specialistul obstetrician (nici măcar registrar, şi nu acţionaţi pe baza recomandărilor telefonice)^2. >*Nu părăsi patul gravidei.* Instalează o sondă vezicală şi supraveghează diureza. Dacă mama prezintă crize epileptice, protejează-i căile aeriene. În *status epilepticus,* administrează paralizante (curarizante) şi instituie ventilaţia asistată.

Capcane ale conduitei în preeclampsie

- Convingerea că boala va avea o evoluţie predictibilă, şi că tensiunea arterială este un bun marker al activităţii bolii. Nu este adevărat.
- Ignorarea proteinuriei uşoare (de ex. 1+). Odată ce aceasta este prezentă în fiecare probă, pacienta poate deceda în următoarele 24h.
- Convingerea că terapia antihipertensivă opreşte progresia preeclampsiei. Nu este adevărat. Doar naşterea este singura măsură terapeutică eficace. Diureticele pot accentua scăderea deja existentă a volumului plasmatic, şi sunt în mod special contraindicate (cu excepţia eventualităţii rare a insuficienţei ventriculare stângi sau a edemului laringian ce pot complica preeclampsia).
- Convingerea că naşterea îndepărtează riscul eclampsiei. În Marea Britanie jumătate din crizele convulsive eclamptice apar *post-partum*, jumătate din acestea producându-se la >48h *post-partum*. Supraveghere continuă până la normalizarea clinică şi biochimică. Externarea precoce nu este recomandată.
- Pentru al treilea stadiu al travaliului nu trebuie utilizată ergometrina. Ergometrina creşte mai mult TA existând riscul accidentului vascular cerebral.
- Hemoragiile importante cantitativ trebuie rapid compensate prin transfuzii, deoarece mama este mai vulnerabilă la hipovolemie şi faţă de edemul pulmonar decât normal.

1 G Chamberlain 1991 *BMJ* i 11454

2 DoH 1989 *Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths*, page 94, HMSO

3 1993 *Drug Ther Bul* 31 53

4 DoH 1994 *Confidential enquiry into maternal deaths in UK* page 95 HMSO

Infecţia antenatală

O varietate de infecţii materne, majoritatea virale, pot afecta fătul. Acestea erau cunoscute sub numele de infecţiile "TORCH" - Toxoplasmoză, Altele (Other)-de ex. sifilisul, Rubeola, Cytomegalovirus (CMV), Herpes (şi hepatită). Primele 5 sunt dobândite în perioada antenatală; herpesul şi hepatita sunt de obicei dobândite perinatal. Termenul "TORCH" este acum demodat, deoarece alţi agenţi microbieni sunt recunoscuţi acum a avea importanţă egală. (HIV; varicela, p.256).

Rubeola Vaccinarea antirubeolică are drept scop prevenirea infecţiei rubeolice.

▶Reinfecţia asimptomatică se poate produce făcând testele serologice (vezi mai jos) esenţiale pentru toate gravidele contacte pentru rubeolă[1]. Screening-ul antenatal de rutină detectează gravidele ce necesită vaccinare puerperală (evită sarcina în următoarele 3 luni; vaccinul este viu). Simptomele (p.254) sunt absente la 50% din mame. Fătul prezintă risc major de infectare în primele 16 săptămâni de gestaţie. 50-60% din copii sunt afectaţi dacă infecţia primară maternă se produce în prima lună de gestaţie, < 5% afectaţi dacă infecţia este la 16 săptămâni. Riscul afectării fetale este mult mai scăzut (<5%) la reinfecţie[1]. Cataracta este asociată cu infecţia rubeolică la 8-9 săptămâni, surditatea la 5-7 săptămâni (poate apărea şi secundar infecţiei rubeolice în al doilea trimestru) leziunile cardiace la 5-10 săptămâni. Alte caracteristici purpura, icterul, hepatosplenomegalia, trombocitopenia, paralizia cerebrală, microcefalia, retardul mental, calcificările cerebrale, microftalmia, retinita, tulburări de creştere. Se pot produce avortul spontan sau naşterea de făt mort. Dacă suspectezi rubeola la o gravidă, solicită ajutorul expertului. Compară nivelele de anticorpi din sânge, din probe recoltate la interval de 10 zile şi caută anticorpii de tip IgM la 4-5 săptămâni de la perioada de incubaţie.

Citomegalovirus (CMV) În Marea Britanie, CMV este o cauză mai frecventă de retardare congenitală decât rubeola. Infecţia maternă este oligo sau asimptomatică. Fătul este cel mai vulnerabil în primele săptămâni de sarcină. Peste 5/1000 de născuţi vii sunt infectaţi, din aceştia 5% vor dezvolta precoce multiple handicapuri şi vor avea boala incluziilor citomegalice (cu caracteristici nespecifice asemănătoare sindromului rubeolic la care se adaugă choroidoretinita). Alţi 5% vor dezvolta ulterior alte afecţiuni. Nu există o prevenţie eficace.

Toxoplasmoza 40% din fetuşi sunt afectaţi dacă mama face boala (2-7/1000 de sarcini); cu cât apare mai precoce cu atât leziunile sunt mai importante. Simptomele sunt similare infecţiei cu CMV. Febra, rash-ul şi eozinofilia apar şi ele. Dacă infecţia este simptomatică, prognosticul este rezervat. Toţi nou-născuţii afectaţi trebuie să ia pirimethamină, 21 de zile 0,25 mg/Kg/6h PO+sulfadiazină 50 mg/Kg/12h PO cu administrare suplimentară de acid folic pentru a contracara antagonizarea acestuia de către pirimetanimă (efectul antifolat al pirimetaminei). ▶Solicită ajutorul specialistului când consideri tratamentul cu spiramicină±recoltare de sânge fetal din cordonul ombilical de ex. la 21 de săptămâni pentru detectarea IgM (pot semnala infectarea fetală serioasă).

SIDA (Virusul imunodeficienţei umane - HIV) Nou-născuţii au un risc de 15% de a dobândi infecţia HIV dacă mama este +ve (risc mai mare în Africa; dar HIV - 2 are probabilitate de transmitere mai scăzută decât HIV-1). Mamelor trebuie să li se ofere posibilitatea testelor serologice pentru HIV, dar numai după counselling-ului complet asupra consecinţelor serologice pozitive (MMC p.212). Serologia se bazează pe identificarea IgG şi IgM (falsă seropozitivitate în peste 1,6%). Gravidelor seropozitive nu trebuie să li se administreze steroizi pentru a accelera maturarea plămânilor fetali. ▶Transmisia verticală se poate produce în cursul naşterii vaginale, iar operaţia cezariană are caracter protector, posibil prin reducerea riscului de infectare neonatală la aproape jumătate[2]. Serologia la copil este dificil de interpretat deoarece anticorpii materni transferaţi persistă peste 18 luni la sugarii neinfectaţi -dar amplificarea genică prin reacţia polimerazică în lanţ poate detecta secvenţele provirale ale HIV în infecţia neonatală. Cultura este de asemenea posibilă - dar nu toţi copii infectaţi au culturi pozitive la naştere; în aceste condiţii poate fi necesară considerarea unor investigaţii specializate, de ex. detectarea IgA (care nu traversează placenta) prin testul Western blot modificat[3].

Infecţia HIV intrauterină este asociată cu prematuritatea şi retardarea creşterii (în Lumea a Treia, dar nu şi în Europa). Boala manifestă clinic apare mai rapid decât SIDA adultului (de ex. la vârsta de 6 luni) -cu hepatosplenomegalie, falimentul creşterii, encefalopatie, febră recurentă, afecţiuni respiratorii (pneumonia limfocitică interstiţială) , limfadenopatie, septicemia cu Salmonella, infecţii cu Pneumocystis şi CMV. Decesul se datorează de obicei insuficienţei respiratorii sau infecţiilor supraadăugate. Mortalitate: 20% la 18 luni[4].

Sifilisul intrauterin Este detectat prin screening -ul matern de rutină; dacă este descoperită infecţia activă tratează mama cu procain-penicilină, de ex. jumătate de fiolă de Bicillin ® de 1,8g, IM zilnic 10 zile. Semne neonatale: rinită, obstrucţie nazală cu respiraţie zgomotoasă, rash, hepatosplenomegalie, limfadenopatie, anemie, icter, ascită, hidrops, nefroză, meningită. Secreţia nazală: examineaz-o pentru spirochete; Rx osoasă: perocondrită; LCR: creşterea monocitelor şi a proteinelor cu serologie pozitivă. Administrează procain-penicilină 37 mg /Kg/24h, IM, timp de 3 săptămâni.

Listeria[1] Afectează 6-15/100.000 de sarcini -majoritatea apar în timpul epidemiilor.

Simptomele materne: febră, frisoane, mialgii, migrene, faringite, tuse, vărsături, diaree, vaginite. Avortul (poate fi recurent), travaliul prematur şi naşterea de făt mort pot apare. Infectarea se realizează de obicei prin consum de alimente infestate (de ex lapte, brânzeturi moi, pateuri). ▶Recoltează hemoculturi la orice pacientă însărcinată, cu febră inexplicabilă ≥48h. Serologia sau probele vaginale şi rectale nu sunt utile (poate fi febra comensală). Vezi MMC p.223. Infecţia perinatală se produce de obicei în trimestrele al 2-lea şi al 3-lea. 20% din copiii infectaţi se nasc morţi. Suferinţa fetală în cursul travaliului este obişnuită. O caracteristică postnatală precoce este detresa respiratorie datorată pneumoniei. Pot apărea convulsii, hepatosplenomegalie, rash-uri peteşiale şi pustuloase, conjunctivită, febră şi leucopenie. Meningita apare mai frecvent după infecţia perinatală. Diagnosticul se face pe hemocultură din LCR, meconiu şi placentă. Mortalitate infantilă: 30%. Izolează nou-născutul (poate apărea diseminare nosocomială). Tratează cu amoxicilină şi gentamicină 2 săptămâni.

---

1 GL Gilbert 1991 *Infections Diseases in Pregnancy and the Newborn Infant* Harwood Academic Publishers, Switzerland.

2 European Collaborative Study 1994 (ML Newell) *Lancet* 343 1464

3 P Portincasa 1992 *BMJ* ii 1539 4 S Blanche 1989 *NEJM* 320 1643

2. Obstetrică

Infecţia antenatală

Infecţia perinatală

Hepatita B (Ag Hbs pozitivă). Deşi în Marea Britanie starea de purtător cronic de Ag Hbs a fost iniţial mai puţin obişnuită, odată cu creşterea dependenţei de droguri şi datorită unei populaţii numeroase de emigranţi, aceasta a devenit mai frecventă şi unii specialişti recomandă realizarea screening-ului specific la toate mamele. Dacă mamele dezvoltă infecţia acută în trimestrul al doilea sau al treilea, există un risc crescut de infecţie perinatală. Majoritatea infecţiilor, totuşi sunt contractate la naştere iar nou-născuţii din mame purtătoare cunoscute trebuie să li se administreze imunoglobulină antihepatică 0,5ml IM în primele 12h de la naştere, şi vaccin antihepatită B 0,5ml în primele 7 zile de la naştere şi apoi la 1 şi respectiv 6 luni.

Pentru listerioza perinatală şi infecţia streptococică, vezi p.304.

Herpes hominis (HS VII). Este datorat în 80% din cazuri infecţiei cu virusul Herpes simplex tip II. 50% dintre nou-născuţi vor fi infectaţi în timpul naşterii dacă mama are leziuni cervicale active. Recoltează săptămânal (de la 36 de săptămâni) probe de secreţie cervicale pentru culturi virale la toate femeile cu antecedente de Herpes. Dacă virusul este prezent, orientează-te către operaţia cezariană de elecţie. Chiar dacă membranele s-au rupt spontan insistă şi fă operaţia cezariană în primele 4 h de la ruperea acestora. Infecţia neonatală de obicei apare la 5 - 21 zile cu leziuni pustulo -veziculare, frecvent localizate la zona de prezentaţie sau la locurile unor traumatisme minore (exemplu electrod pentru scalp). Pot apărea şi leziuni particulare şi conjunctivale. Odată cu encefalita sistemică herpetică (crize epileptice focale sau semne de focalizare neurologice) pot apărea icterul, hepatosplenomegalia, colapsul şi CID-ul. Nou-născuţii infectaţi trebuie izolaţi şi trataţi cu acidovir (p.298). Solicită ajutorul specialistului.

Chlamidia trachomatis Aproximativ 1/3 din mamele infectate nasc copii infectaţi. Conjunctivita apare la 5-14 zile după naştere şi se poate manifesta ca o inflamaţie minimă sau secreţie purulentă. Corneea nu este de obicei afectată. *Complicaţii:* Pneumonie cu Chlamidia, faringită sau otită medie.

Teste: imunofluorescenţă sau cultură. Frotiu Giemsa: multe incluzii.

Tratament: Unguent oftalmic sau colir cu tetraciclină 1% la fiecare 6 ore, 3 săptămâni, asociată cu eritromicină 10 mg/kg/6h PO timp de 2-3 săptămâni pentru a elimina microorganismele din plămâni. Administrează părinţilor (sau altor parteneri) tetraciclină sau eritromicină.

Conjunctivita gonococică. Infecţia se manifestă de obicei în primele patru zile de la naştere. Secreţiile purulente pot fi acompaniate de tumefierea pleoapelor. Apare opacifierea corneei şi există riscul de ruptură corneeană şi panoftalmită *Tratament:* nou-născuţilor din mame cu gonoree cunoscută trebuie să li se administreze benzil penicilină 30 mg/kg

IM stat şi colir cu cloramfenicol 0, 5 % în prima oră de la naştere. Pentru infecţia gonococică activă administrează benzilpenicilină 15 mg/kg/12h IM şi colir cu cloramfenicol 0,5% de 3 ori pe oră timp de 7 zile. Izolează nou-născutul.

Oftalmia neonatorum. Reprezintă secreţia purulentă la nivelul ochilor unui nou-născut <21 zile. Iniţial a fost incriminată *Neisseria gonorrhoea,* dar există şi alte cauze: chlamidia, herpes virusul, stafilococii, streptococii şi pneumococii, *E. coli* şi alţi germeni G -. *Teste:* la un nou-născut cu ochi ce prezintă secreţii şi pleoape lipite, recoltează tampoane pentru culturile bacteriene şi virale, examenul microscopic (caută gonococii intracelulari) şi identificarea chlamidiilor (de ex. la imunofluorescenţă).

Prematuritatea

▶Este cauza principală de mortalitate şi morbiditate prenatală. Copiii prematuri sunt cei născuţi înainte de 37 de săptămâni de gestaţie. Prevalenţa: aproximativ 6% din care aprox. 2% înainte de 32 de săptămâni -când problemele neonatale care apar sunt majore. În 25% naşterea este electivă (p.121). 10% se datorează sarcinilor multiple; 25% se datorează APH, incompetenţei cervicale, amniotitei, malformaţiilor uterine, diabet, polihidramnios, pielonefrită sau alte infecţii. În 40% cauza este necunoscută, dar colonizarea anormală a tractului genital (vaginoză bacteriană) ureaplasma şi *Mycoplasma hominis* este implicată fie ca factor de risc[1], fie ca marker de risc[2].

Conduita în ruptura precoce a membranelor. Internează gravida în spital; recoltează MSU şi HVS - folosind un speculum steril cu două valve . Dacă prezenţa lichidului amniotic nu este evidentă, aceasta poate fi sugerată prin virajul spre negru al benzilor indicatoare cu nitrozină (care sunt pH - sensibile) - rezultate fals + în prezenţa secreţiilor vaginale infectate (leucoree purulente) spermei, sângelui şi urinei. În 80% din cazuri ruperea membranelor va fi urmată de debutul travaliului. Pentru celelalte 20% care nu intră în travaliu problema majoră o reprezintă punerea în balanţă a avantajelor rămânerii fătului în uter pentru creşterea maturităţii şi a producţiei de surfactant, faţă de riscul septic (infecţia fiind răspunzătoare pentru 25% din decesele neonatale după ruperea prematură a membranelor). Infecţia intrauterină după ce membranele s-au rupt în 10% din cazuri în primele 48 h, 26% la 72 h, 42% după 72h. În mod obişnuit, se administrează profilactic antibiotice. Dacă infecţia apare, recoltează hemoculturi şi administrează antibiotice IV (de ex. ampicilină 500 mg/6h IV+netilmicin 150 mg/12h IV) şi declanşează travaliul (realizează inducerea travaliului) (p.121). Dacă survine travaliul creează condiţiile ca acesta să progreseze. În puţinele cazuri în care lichidul amniotic încetează să se elimine timp de 48h, mobilizează progresiv mamele.

Conduita în travaliul prematur. În 50% din cazuri contracţiile se opresc spontan. Tratarea cauzei (de ex. pielonefrită) poate determina încetarea contracţiilor. Tentativele de oprire a contracţiilor (tocoliza) pot eşua dacă membranele sunt rupte sau colul uterin dilatat >4 cm. Utilizează tocoliza între 24 - 34 săptămâni. Consideră transferul la un spital cu facilităţi de SCBU. Solicită pediatrul să asiste copilul la naştere.

Medicamente tocolitice Contraindicaţii absolute: Corioamniotită, moartea fătului, malformaţii sau afecţiuni (fetale sau materne) letale ce necesită daclanşarea imediată a naşterii. Contraindicaţii relative: retardul creşterii fetale sau suferinţa fetală, preeclampsia, *placenta praevia*, dezlipire precoce de placentă, dilatare cervicală >4cm. Regimul terapeutic cu ritodrine (mai simplă decât salbutamolul): administrează 50 µg/min în perfuzie IV printr-o pompă, creşte cu 50 µg la fiecare 10 min până se opresc contracţiile, sau SE (pulsul matern > 130/min, ritmul cordului fetal↑ cu> 20/min, TA sistolică scăzută cu >20mmHg, tremurături, greaţă, vărsături , eritem cutanat). Doza uzuală: 150-350 µg/min. Edemul pulmonar şi hiperglicemia pot de asemenea apărea, de aceea monitorizează aportul lichidian şi glicemia în special la diabetice. Continuă perfuzia timp de 12 - 48 h după ce au încetat contracţiile. Începe cu 10mg PO 1/2 h înainte de a opri perfuzia IV şi continuă cu 10 mg /2-6h PO (peste 120 mg/24 h) până la 37 săptămâni. Monitorizează: pulsul, T°, şi contracţiile materne şi BCF. Salbutamolul este o alternativă terapeutică (ES similare). Nifedipina 30 mg PO stat (+ 20 mgPO 90min mai târziu dacă sunt încă prezente contracţiile), apoi 20 mg/8h PO este la fel de eficace[3]. ES: ↓TA, eritem cutanat, tahicardie tranzitorie.

Glucocorticoizii. Betametazona sau dexametazona 12 mg/oră IM timp de 48-72h pot stimula producerea de surfactant pulmonar fetal şi scad mortalitatea şi complicaţiile SDR (p.282) cu 40 - 50%. Se utilizează numai înainte de 34 săptămâni. Se evită în caz de preeclampsie severă, infecţie, sau mamă HIV pozitivă.

Naşterea. Pentru recomandări în ceea ce priveşte secţionarea cordonului ombilical vezi p.88.

---

1 *Lancet* Ed 1992 340 1387 2 PE Hay 1994 *BMJ* i 295
3 M Kupfermiuc 1993 *Br J Obs Gynae* 100 1090

Întârzierea creşterii intrauterine

►Când discuţi despre acest lucru cu părinţii, evită termenul de *retardare* deoarece acesta poate însemna pentru ei inevitabilitatea unui handicap mental. Diferenţiază nou-născuţii prematuri de aceia care sunt dismaturi (small for gestational age, SGA): după naştere aceşti copii prezintă diferite riscuri pentru diferite afecţiuni.

Cauze ale întârzierii creşterii intrauterine. Nou-născuţii dismaturi sunt aceia care cântăresc < 10 % din greutatea corespunzătoare vârstei gestaţionale (tabel la pag. 348).

Factori predispozanţi: sarcina multiplă; malformaţii; infecţii; fumatul matern (mame fumătoare), diabet, hipertensiune (de ex. preeclampsie), anemie severă, afecţiuni cardiace şi renale. Aproximativ 10% se datorează mamelor care au tendinţa de a naşte copii de dimensiuni mici. Când este incriminată insuficienţa placentară, circumferinţa capului este menţinută relativ normală (copilul este subnutrit). În acest caz, este vorba despre întârziere asimetrică de creştere intrauterină (IACU).

Diagnostic antenatal 50% din cazuri nu sunt detectate înainte de naştere. Măsurarea înălţimii fundus-ului uterin de la simfiza pubiană este o metodă rezonabilă de a măsura creşterea fetală, în special când sunt utilizate diagrame procentuale.

Oligohidramniosul (p.134) şi mobilitatea fetală precară sunt alţi indici ai insuficienţei placentare. Dacă este suspectată întârzierea de creştere intrauterină, creşterea intrauterină poate fi monitorizată prin măsurători ecografice seriate ale circumferinţelor cefalice şi abdominale. Dacă studierea la Echo Doppler arată un flux sanguin normal la nivelul cordonului ombilical, atunci rezultatul sarcinilor cu creştere întârziată este mai bun (mai puţini prematuri şi nou-născuţi morţi). Sarcinile cu Echo Doppler anormal pot beneficia de administrarea maternă de doze mici de aspirină (p.131) ex. 75 mg/24h PO. Monitorizarea profilului biofizic (p.130) şi cardiotocografia antenatală (p.128) sunt utilizate în încercarea de a identifica acei copii care devin hipoxici în uter şi care ar putea beneficia de naştere. Recomandă mamei să înceteze fumatul, să utilizeze diagrama mişcărilor fetale (p.128) şi să stea în repaus prelungit.

Travaliul şi supravegherea post-partum. Copiii cu creştere întârziată sunt mult mai susceptibili la hipoxie, de aceea monitorizează travaliul (p.128). După naştere, termoreglarea poate fi o problemă; de aceea supraveghează-i pe cei sub < 2 kg în incubator. Datorită hipoxiei intrauterine relative, hemoglobina acestor copii la naştere este crescută, de aceea icterul este mai frecvent. Rezerva de glicogen este scăzută, existând risc de hipoglicemie. Hrăneşte-i la 2h după naştere şi măsoară glicemia înaintea fiecărui prânz care trebuie administrat din 3 în 3 ore. Dacă devin hipoglicemici, în ciuda regimului alimentar instituit, transferă-i la o secţie de îngrijiri specializate. Sunt mai susceptibili la infecţie.

Naşterea va evidenţia acei copii ale căror malformaţii au fost cauza întârzierii de creştere.

Diferenţierea întârzierii creşterii de prematuritate. Înainte de 34 de săptămâni nu există ţesut al mugurelui mamar, acesta dezvoltându-se ulterior cu 1 mm diametru/săptămână. Cartilajul auricular se dezvoltă între 35 şi 39 de săptămâni, astfel încât urechile copiilor prematuri nu au recul elastic când sunt pliate. Testiculele se găsesc în canalul inghinal la 35 de săptămâni şi în scrot la 37. Labiile mici sunt expuse la fetiţele premature. Pliuri cutanate se găsesc în treimea anterioară a piciorului la 35 săptămâni (în 2/3 anterioare la 39 şi pe tot piciorul după 39). Prematurii au tegumentul acoperit de păr roşcat. Vernix-ul apare la 28 de săptămâni, iar producerea lui este maximă la 36. Prematurii nu pot sta cu membrele inferioare flectate până la 32 de săptămâni. Toate membrele sunt flectate de la 36 de săptămâni. Circumferinţa craniană (perimetrul cranian) este relativ păstrat în limite normale în întârzierea creşterii intrauterine.

▶▶Suferinţa fetală

Suferinţa fetală semnifică hipoxie. Hipoxia prelungită sau repetată cauzează acidoza fetală. Un semn precoce poate fi apariţia meconiului în cursul travaliului (p.143). Alte semne că fătul poate fi hipoxic sunt tahicardia fetală persistentă peste 160 bătăi/min (tahicardia poate apărea de asemenea dacă mama are febră sau este deshidratată). Hipoxia poate fi reflectată şi prin pierderea variabilităţii ritmului de bază a cordului fetal, şi prin încetiniri şi neregularităţi ale frecvenţei cordului fetal (în special decelerării tardive - p.128) ▶▶Dacă frecvenţa cardiacă scade sub 100 bătăi/min, este necesară o evaluare urgentă. Hipoxia poate fi confirmată prin testarea probelor de sânge fetal (p.128). Când hipoxia semnificativă este instalată (de ex. pH < 7,24), declanşează prompt naşterea (ex. prin operaţia cezariană). În anoxia completă pH-ul scade cu 0,1 U /min.

▶▶Şocul obstetrical

Majoritatea şocurilor obstetricale sunt asociate cu hemoragie severă. Trebuie amintit că hemoragia datorată dezlipirii placentare precoce poate fi mult mai importantă decât cea fiziologică exteriorizată *per vaginam* (p.118).

Alte cauze ale şocului pot fi: ruptura uterină (p.148), inversiunea uterină (p.156); embolia cu lichid amniotic (p.159), embolismul pulmonar, hemoragia suprarenaliană şi septicemia.

Septicemia poate fi lipsită de semnele clasice (de ex. pirexia) şi trebuie luată în considerare când şocul profund persistent este prezent; trebuie investigată adecvat (ex. hemoculturi) şi tratată, ex. amoxicilină / acid clavulanic 1 g/6h IV + metronidazol 500 mg/8h perfuzie IV (+ gentamicină 1,5 mg/kg/8h IV administrată > 3 min; măsoară nivelele serice, dar acest lucru nu este necesar imediat, vezi MMC p .180). Este necesară resuscitarea promptă (vezi paginile separate cu privire la conduită). Funcţia renală şi diureza trebuie totdeauna măsurate după producerea şocului (p. 178). O complicaţie tardivă a şocului este sindromul Sheehan (denumit de asemenea boala Simmond) când necroza pituitară determină lipsa hormonului stimulant tireotrop, a hormonului adrenocorticotrop, şi a hormonilor gonodotropi ceea ce duce la hipotiroidism, simptome addisoniene şi atrofie generală.

1 DoH 1991 *Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom* 1985 - 7 HMSO pag. 67 & 146

Postmaturitatea (sarcina prelungită)

Sarcina prelungită este definită ca gestaţia ce depăşeşte 42 de săptămâni complete de la UM. Afectează 5 - 10 % din sarcini şi este asociată cu mortalitate perinatală crescută (5/1000 între 37- 42 de săptămâni, 9,7/1000 > 42 săptămâni). Pericolele sunt reprezentate de insuficienţa placentară şi problemele ce apar în cursul travaliului, datorate dimensiunilor mai mari ale fătului (25% au > 4000g); craniul fetal este mai osificat şi mai dificil de pliat, apar eliminări mai frecvente de meconiu (25 - 42% din travalii) şi suferinţa fetală este mai frecventă. Frecvenţa nou-născuţilor morţi este ↑ x 4, a deceselor neonatale ↑ x3, a convulsiilor neonatale ↑ x10 în sarcinile cu durată de peste 42 de săptămâni comparativ cu naşterile între 37- 42 de săptămâni.

Monitorizarea ante-partum corelată cu utilizarea diagramelor mişcărilor fetale (p.128), cardiotocografiei şi profilurilor biofizice (p.130) pot fi utilizate pentru a tenta detectarea fetuşilor ce pot deveni hipoxici. În absenţa probelor sugestive pentru complicaţii inducerea travaliului trebuie recomandată la 41^+ de săptămâni[1], moment după care există un procent mai ridicat de operaţii cezariene pentru gravidele tratate conservator. Tracţionarea membranelor rămâne un preludiu fiziologic valid al inducerii travaliului; mai multe gravide intră în travaliu spontan, dacă la examinarea între 41 - 42 de săptămâni, membranele sunt tracţionate de la nivelul segmentului inferior în măsura posibilităţilor, decât cele la care această manevră nu se realizează[2]. Monitorizează fătul în timpul travaliului (p.128).

Semne postnatale de postmaturitate: tegument uscat, crăpat, descuamat şi mobilizabil (lax); scăderea ţesutului conjunctiv subcutanat, coloraţie meconială a unghiilor şi a cordonului ombilical.

Ruptura în pretravaliu, la termen, a membranelor[3]

2- 4% din naşterile la termen sunt complicate de ruperea membranelor în pretravaliu care nu este urmată în următoarele 24h de travaliu spontan. Este o practică uzuală declanşarea artificială a travaliului când acesta nu a apărut în orele următoare ruperii membranelor, prin administrarea constantă de oxitocină, pentru a reduce posibilitatea infecţiei ascendente. Este utilă administrarea intravaginală de prostaglandine când colul uterin nu reacţionează adecvat (pare a nu fi favorabil travaliului). Utilizarea de rutină a prostaglandinelor nu reduce rata operaţiilor cezariene (dar reduce durata de timp până la naştere). Temporizarea administrării ocitocinei pe parcursul a 12 ore după ruperea membranelor este asociată cu procente mai scăzute ale operaţiilor cezariene (aprox. 11%) spre deosebire de utilizarea precoce a ocitocinei (aprox. 15 - 20 %) când se întrebuinţează o asemenea temporizare temperatura maternă trebuie monitorizată iar ocitocina trebuie introdusă imediat dacă apare pirexia.

[1] JM Grant 1994 Br J Obs Gynae 101 99 [2] ME - Torkeej 1992 Br J Obstet Gynae 99 543 [3] SDuncan 1992 Br J Obs Gynae 99 543

▶▶Hemoragia ante-partum (HAP)

Clasic aceasta se defineşte ca hemoragie apărută la sarcina > 28 săptămâni. Orice hemoragie din cursul sarcinii este asociată cu mortalitate prenatală crescută. Hemoragiile severe pot cauza decesul matern.

▶Nu realiza examen vaginal (*placenta praevia* sângerează foarte uşor +++).

Cauze periculoase. Dezlipirea placentară precoce, *placenta praevia*, hemoragia vaselor *praevia* poate fi letală pentru făt.

Alte surse uterine: Placenta circumvalată, sinusurile placentare. *Surse ale tractului genital inferior:* Polipi cervicali, eroziuni şi carcinoame, cervicite, vaginite, varicozităţi vulvare.

Dezlipirea precoce a placentei ("Hemoragia accidentală")

O porţiune din placentă se detaşează de uter. Consecinţa dezlipirii placentare depinde de cantitatea de sânge pierdut şi de gradul de separare. Cauza este necunoscută dar este asociată cu preeclampsie, poate reapărea în sarcina ulterioară (6%) este mai frecventă la fumătoare şi poate complica versiunea cefalică externă. Sângerarea poate fi bine localizată la nivelul unei zone placentare şi poate exista un timp de latenţă până la exteriorizarea hemoragiei.

Consecinţe Insuficienţa placentară poate cauza anoxie sau deces fetal. Compresiunea muşchiului uterin de către colecţia sanguină (hematom) produce sensibilitate la palpare, şi poate preveni buna contractilitate musculară în toate stadiile travaliului, de aceea supraveghează HPP-ul (care apare în aprox. 25%) . Dezlipirea precoce placentară posterioară se poate manifesta sub formă de dureri lombare. Poate apărea hipercontractilitate uterină (> 7 contracţii /15min). Eliberarea de tromboplastină poate determina CID. Hemoragiile oculte pot fi incriminate în etiologia şocului matern, iar după instalarea acestuia evită apariţia insuficienţei renale şi a sindromului Sheehan (p.116).

Placenta praevia (Pentru terminologie şi complicaţii vezi p.84).

Placenta este situată în segmentul uterin inferior. Hemoragia este totdeauna revelatoare.

Diferenţierea *dezlipirii placentare* precoce:	de *placenta praevia:*
Şoc neconcordant cu hemoragia vizibilă	Şoc concordant cu hemoragia vizibilă
Durere constantă	Absenţa durerii
Uter sensibil, contractat	Uter fără sensibilitate palpatorie
Poziţie şi prezentaţie normale	Ambele pot fi anormale
Cordul fetal: bătăi absente/suferinţă fetală	Cord fetal de obicei normal
Tulburări de coagulare	Tulburări de coagulare rare
Evită PET, DIC, anuria	Sângerări mici înaintea celor importante

Notă: riscul de HPP este crescut în ambele afecţiuni. Segmentul inferior poate să nu se contracte adecvat după *placenta praevia*.

Conduita HAP. Internează gravida întotdeauna. ▶▶Dacă hemoragia este severă solicită ambulanţa, instalează o perfuzie IV, recoltează sânge şi ridică membrele inferioare. Administrează O_2 în ritm de 15 litri/min pe masca cu rezervor. La internare, dacă gravida este în stare de şoc, administrează sânge proaspăt compatibil ABO /Rh sau sânge O Rh - (ex. 6 U, 2 transfuzii) în ritm rapid până ce TA sistolică > 100 mmHg. Cateterizează vezica urinară; menţine diureza mai mare decât 30 mm/oră. Solicită anestezistului monitorizarea fluidelor (curba PVC este utilă). *Solicită de urgenţă ajutorul specialistului.* Dacă hemoragia este severă, declanşează naşterea, operaţia cezariană pentru *placenta praevia* (uneori şi pentru dezlipirea placentară precoce sau inducerea artificială a travaliului). Evită HPP.

Pentru hemoragiile mai uşoare instalează o perfuzie IV, recoltează sânge pentru Hb, teste de compatibilitate sanguină pe lamă şi studierea coagulării şi U&E. Controlează pulsul, TA, şi hemoragia în mod constant. Stabileşte diagnosticul (ecografia placentei, examinare cu speculum). Dacă *placenta praevia* este diagnosticată, ţine gravida sub supraveghere până la naştere (de obicei prin operaţie cezariană la 37 - 38 săptămâni). Dacă durerea şi sângerarea unei mici dezlipiri placentare precoce persistă , şi fătul nu este compromis, gravida poate fi trimisă acasă (după administrare de anti-D, dacă este indicat), dar eticheteaz-o ulterior ca sarcină "cu risc major".

Utilizarea imunoglobulinei anti-D[1]

Doză

250 U pentru sarcini < 20 săptămâni, 500 U dacă > 20 săptămâni. Administrează doza în muşchiul deltoid (absorbţia la nivelul musculaturii fesiere este mai înceată), cât de rapid de la incident, cel mai târziu după 72 ore. După 20 de săptămâni fă testul Kleihauer (hemograma din sângele matern; GR fetale sunt mai puţin susceptibile la hemoliză fapt ce le facilitează numărarea şi deci cuantificarea hemoragiei).

Administrarea postnatală

1. Doza uzuală este de 500 UI după 20 de săptămâni de sarcină. 37% din femeile cu Rh negativ dau naştere la copii cu Rh negativ şi aceste femei nu necesită imunoglobuline anti-D.

2. Imunoglobulinele anti-D trebuie administrate tuturor femeilor cu Rh negativ la care grupul copiilor nu poate fi determinat (de ex. feţi morţi maceraţi) sau circumstanţele sunt de aşa natură că nu permit cunoaşterea grupului nou-născutului la 72 ore de la naştere.

3. Fă testul Kleihauer la toate gravidele eligibile pentru imunoglobulinele anti-D. Nu poţi evita acest lucru prin administrarea oricărei gravide a unei doze duble de imunoglobuline anti-D în speranţa că atâta va fi suficient. O asemenea măsură ar epuiza stocurile de imunoglobulină anti-D (dependente de donaţii voluntare) şi ar produce tratarea insuficientă a unor paciente[2]. 500U ser anti-D poate suprima imunizarea pentru > 4 ml de hematii fetale (8 ml de sânge), dar 1% dintre femei prezintă hemoragie transplacentară (HTP) de > 4 ml, în special după decolarea manuală a placentei şi a operaţiei cezariene. Testul Kleihauer este în mod special important la nou-născuţii morţi, deoarece hemoragia transplacentară spontană masivă poate fi cauza decesului fetal.

Dacă sugerează o HTP > 4ml, este necesară estimarea formală a volumului HTP, şi se administrează câte 500 UI ser anti-D pentru fiecare 4 ml hematii fetale transfuzate (maximum 5 000 U ser anti-D la 2 locuri de injectare IM /24h). Colaborează cu Centrul Regional de Transfuzii. Controlează sângele matern la fiecare 48 de ore pentru a determina *clearance*-ul celulelor fetale şi necesitatea continuării seroterapiei.

4. Serul anti-D nu trebuie administrat mamelor cunoscute prenatal cu anticorpi pentru imunoglobulinele anti-D.

5. Fiecare mamă ce primeşte ser anti-D prenatal (vezi mai jos) trebuie să-l primească de asemenea postnatal, numai dacă nu naşte un copil Rh negativ.

Utilizarea serului anti-D în avorturi la mamele Rh negative

1. Serul anti-D trebuie administrat la toate gravidele care au o finalizare chirurgicală a sarcinii, numai dacă acestea nu sunt deja cunoscute a avea anticorpi anti-D.

2. Serul anti-D trebuie administrat totdeauna când avorturile spontane sunt urmate de controlul instrumental al cavităţii uterine.

3. Serul anti-D trebuie administrat când avortul complet apare după 12 săptămâni de gestaţie.

4. În iminenţa de avort după 12 săptămâni, determină grupul mamei şi administrează-i ser anti-D; dacă hemoragia continuă intermitent administrează ser anti-D la fiecare 6 săptămâni, până la naştere.

5. În iminenţa de avort după 12 săptămâni, determină grupul mamei, administrează ser anti-D dacă ea este Rh negativă şi sarcina pare viabilă. Administrează ser anti-D în primele 96h de la hemoragie.

Utilizarea serului anti-D în sarcina mamelor Rh negative

1. HTP semnificativă poate apărea la recoltarea de vilozităţi coriale, versiunea cefalică externă, HAP, amniocenteză şi traumatism abdominal. Administrează 250 U înainte de 20 de săptămâni de sarcină şi 500 după 20 de săptămâni.

2. Serul anti-D trebuie administrat în cazurile de sarcină ectopică.

3. Pentru iminenţa de avort vezi mai sus.

---

1 UK Blood Transfusion Working Party 1991 *Prescribers'* J 31 137

2 D Lee 1993 *BMJ* ii 1145

Inducerea travaliului (declanşarea artificială)

În UK 5 - 20% din travalii sunt induse artificial, de obicei pentru că rămânerea *in utero* este relativ mai riscantă pentru făt decât naşterea lui, dar şi pentru că uneori păstrarea sarcinii poate fi riscantă pentru mamă. 75% din inducerile artificiale se fac pentru hipertensiune, preeclampsie, sarcină prelungită sau incompatibilitate Rh (boală hemolitică prin incompatibilitate Rh). Alte indicaţii le reprezintă diabetul, naşteri anterioare de feţi morţi, dezlipire placentară precoce, deces fetal *in utero* şi insuficienţă placentară. Inducerea travaliului la sarcini > 41 săptămâni reduce rata copiilor morţi la naştere.

Contraindicaţii Disproporţii cranio-pelvine (făt-bazin) reprezintă o contraindicaţie absolută. Contraindicaţiile relative sunt prezentaţiile patologice altele decât cea pelvină sau facială, suferinţa fetală, *placenta praevia*, prezentaţia cordonului ombilical, *vasa praevia*, tumori pelvine, chirurgia reparatorie a colului uterin în antecedente. Biopsia prin conizaţie necesită prudenţă.

Maturarea cervicală Când este planificată inducerea travaliului va trebui evaluată starea colului uterin. În 95% din sarcinile la termen colul uterin este maturat. Dacă naşterea este declanşată artificial la primipare cu col nematurat (scorul Bishop ≤ 3, vezi mai jos) creşte frecvenţa travaliului prelungit, a suferinţei fetale şi a operaţiei cezariene. Această tendinţă este mai puţin marcată la multipare.

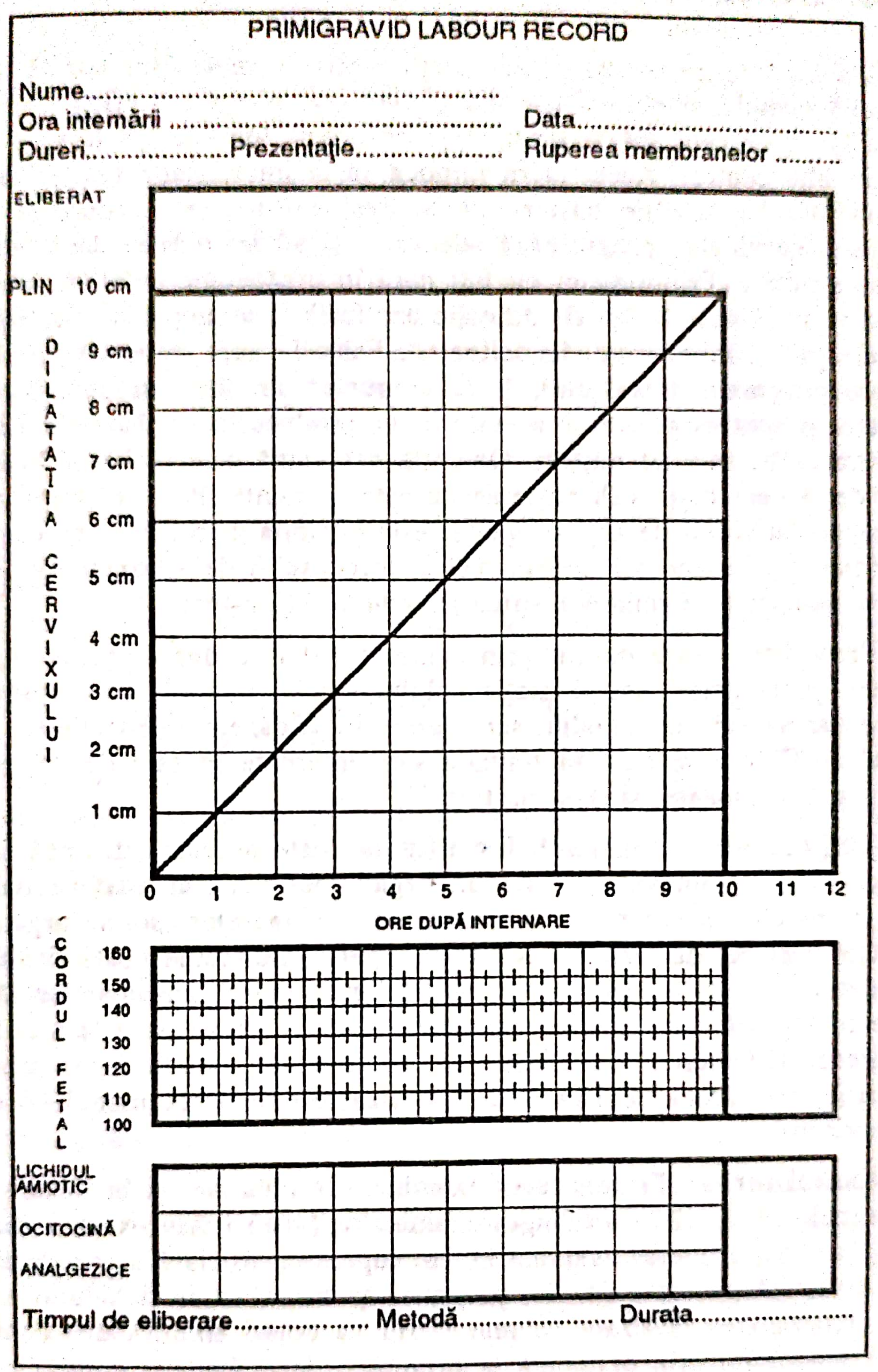
Scorul Bishop modificat	**0**	**1**	**2**
Dilatarea cervicală (cm)	0	1 - 2	3 - 4
Lungimea colului (cm)	>2	1 - 2	<1
Poziţia capului (cm deasupra spinelor ischiatice)	- 3	- 2	- 1
Consistenţă cervicală	fermă	medie	moale
Poziţia colului uterin	posterioară	medie	anterioară

La un scor > 5 colul uterin este "maturat". Un col uterin poate fi maturat utilizând o tabletă `vaginală 3 mg prostaglandină (PGE2) în seara sau dimineaţa premergătoare inducerii travaliului. Dacă este indicată monitorizarea antenatală a frecvenţei cordului fetal, aceasta trebuie să înceapă înainte de administrarea prostaglandinei. Dacă maturarea artificială eşuează (se produce în 12%) PGE2 poate fi repetată 6-8h mai târziu. Dacă maturarea cervicală nu se produce nici acum, consideră operaţia cezariană. PGE2 poate stimula contracţiile uterine sau poate precipita travaliul.

Odată colul uterin maturat, rupe artificial membranele (amniotomia) şi începe monitorizarea *intra-partum* a frecvenţei cordului fetal utilizând un electrod aplicat pe scalp. Ocitocina este administrată IV în glucoză 5% utilizând un sistem de pompare (ex. Ivac®). Perfuzia se începe cu 2 miliunităţi (mu) per min, care se dublează la fiecare 20 min până când se produc contracţiile uterine eficace (de obicei la un ritm de administrare de 4 - 16 mu/min: ocazional pot fi necesare 32 mu/min). Evită hiperstimularea uterină şi utilizarea volumelor mari de lichide administrate IV (dacă se administrează > 4 l, există riscul intoxicaţiei cu apă - adică confuzie, convulsii şi comă). Când colul uterin are o dilataţie de 5 cm, uterul este mai sensibil la ocitocină şi sunt suficiente 8 mu/min pentru a menţine contracţiile. Notă: regimul terapeutic Dublin (p.124) dă rezultate la majoritatea femeilor ce intră în travaliu spontan.

Probleme ale inducţiei • Prematuritate iatrogenă • Infecţie (administrează antibiotice (p.168) la femeile cu leziuni cardiace pentru a reduce riscul de endocardită) • Hemoragie *(vasa praevia)* • Prolapsul cordonului ombilical (de ex. datorită capului de dimensiuni mari sau amniotomiei) • În unele cazuri va fi necesară operaţia cezariană.

Pantograme


PRIMIGRAVID LABOUR RECORD
Nume..
Ora internării ....
Data.......................................
Dureri......................Prezentaţie.......................
Ruperea membranelor ....
ELIBERAT
PLIN
10 cm
9 cm
8 cm
7 cm
6 cm
5 cm
4 cm
3 cm
2 cm
1 cm
DILATAŢIA CERVIXULUI
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
ORE DUPĂ INTERNARE
CORDUL FETAL
160
150
140
130
120
110
100
LICHIDUL AMIOTIC
OCITOCINĂ
ANALGEZICE
Timpul de eliberare.................... Metodă...................... Durata.........................

Graficul de mai sus prezintă partograma simplă Dublin (" simplă" deoarece nu arată faza "latentă" a naşterii). Gradientul *x/y* este la rata de 1:1.

Rapoarte mai puţin înclinate (ex: 2 : 1) pot predispune la intervenţia prematură aşa cum se întâmplă şi în cazul includerii fazei "latente" în partogramă[1].

---

[1] R Cartmill 1992 *Lancet* 339 1520

Conduita activă în travaliu[1]

Dublin este un centru de excelenţă pentru mamele care vor să nască datorită planului conduitei travaliului care este coerent şi eficace şi conduce la un procent scăzut de operaţii cezariene (de ex. 5% faţă de 14% pentru alte centre). Acest lucru implică să ai întotdeauna femeile aflate în travaliu în sala de naşteri, să le evaluezi pentru a controla dacă dilatarea cervicală progresează adecvat - şi să iei măsuri dacă aceasta nu se produce. Primiparelor cu feţi mici în prezentaţie cefalică, care nu ating un grad satisfăcător de dilataţie cervicală li se amplifică contracţiile uterine prin administrare de ocitocină. Femeile sunt informate periodic asupra progresiei travaliului, li se comunică un timp estimat până la naştere, şi sunt asigurate că aceasta se va produce în următoarele 12h de la intrarea în sala de naşteri. Operaţia cezariană este realizată la acele gravide la care după 12h naşterea nu este iminentă. Prin utilizarea acestui regim (strategii de supraveghere) este posibilă menţinerea procentului operaţiilor cezariene sub 5% iar cel al forcepsului de aproximativ 10% , marea majoritate a femeilor autoasistându-se la naştere.

Travaliul Este definit prin contracţii uterine dureroase acompaniate de "prezentaţie" sau dilataţia colului uterin. Femeile care sosesc în secţie dar nu sunt în travaliu, sunt cazate în saloanele antenatale (de pretravaliu). Cele care sunt în travaliu sunt internate în sala de naştere şi astfel supravegheate până la naştere.

Amplificarea contracţiilor uterine Este necesară datorită faptului că uterul primiparelor este un organ ineficient al naşterii dar *nu* este susceptibil la rupere -în schimb uterul multiparelor este un organ eficient al naşterii, dar este predispus la ruptură. Ocitocina poate fi utilizată pentru a creşte eficacitatea contracţiilor la uterul primiparelor fără a pune în pericol viaţa mamei. Ocitocina poate fi periculoasă la multipare deoarece întârzierea travaliului se datorează probabil unei distocii mecanice -de aceea decizia de a o utiliza trebuie luată numai de către obstetricieni.

Examinarea Femeile sunt examinate la internare şi în fiecare oră, în primele 3h de către un singur examinator (uneori prin examen rectal). Progresia naşterii este evaluată la 1h; ruperea artificială a membranelor este realizată pentru a facilita progresia şi vizualizarea lichidului amniotic. Examinarea realizată 1h mai târziu va hotărî amplificarea contracţiilor travaliului prin ocitocină la primipare dacă dilataţia colului uterin nu are peste 1 cm în plus faţă de cea anterioară. Ulterior examinarea se produce la fiecare 2h. Ocitocina va fi utilizată dacă dilatarea la primipare nu progresează cu 1 cm/h sau dacă există o temporizare a coborârii în faza de împingere involuntară a stadiului al 2 lea al naşterii.

Ocitocina Un uter aflat în travaliu este sensibil la ocitocină. Dublin utilizează un regim terapeutic simplu. O perfuzie cu 10 U ocitocină diluate într-un litru de glucoză 5% este instalată şi se începe cu 10 pic/min, crescând apoi cu 10 pic/min la fiecare 15 min până la maximum 60 pic/min (seturile de administrare standard din UK se administrează 60 pic/min adică 40 mu/min) numai dacă nu există suferinţă fetală sau hiperstimulare uterină (>7 contracţii/15 min). Este folosită o singură pungă de ser glucozat pentru a ne asigura că ocitocina nu e utilizată mai mult de 6h şi că intoxicaţia cu apă nu se poate produce (este asociată cu utilizarea a > 3 litri glucoză 5%).

Inducerea travaliului prin ruperea artificială a membranelor (RAM). Aceste femei se întorc la saloanele antenatale pentru a aştepta debutul travaliului. Acele 10% care nu intră în travaliu în mod spontan se reîntorc la sala de naşteri după 24h şi li se administrează ocitocina exact ca mai sus. 90% din aceste femei nasc în următoarele 12h, menţinând astfel procentele operaţiei cezariene la un nivel scăzut.

Partograma înscrie grafic progresul travaliului (p.121). Dublin utilizează o partogramă simplă cu durata de timp (pe axa X) raportată la dilatarea cervicală şi înregistrează frecvenţa cordului fetal, starea lichidului amniotic, analgezia şi utilizarea ocitocinei. Multe partograme sunt mult mai complicate.

Meconium-ul în lichidul amniotic apărut în cursul RAM, sugerează insuficienţa placentară. Coloraţia meconială a lichidului amniotic deosebită de tenta de uşoară coloraţie a lichidului amniotic cu volum adecvat, implică recoltarea de sânge fetal, monitorizarea cu traductor electronic de scalp, sau operaţia cezariană (pH sanguin fetal scăzut, sau meconiu foarte dens).

Pagina opusă (p.124) prezintă practica curentă aşa cum este ea realizată la Dublin pentru mamele primipare cu sarcină la termen, cu făt în prezentaţie cefalică şi cu cap normal. Autorii subliniază beneficiile strategiei lor atât pentru mame dar şi din punct de vedere al managementului resurselor financiare deoarece îşi pot permite ca fiecare mamă să aibă moaşa ei pe toată durata travaliului, dar la un preţ/naştere de o treime faţă de cel din spitalele din UK.

Monitorizarea travaliului se face în mod normal de către moaşă din sfert în sfert de oră prin utilizarea stetoscopului Pinard, iar în caz de colorare meconială a lichidului amniotic este realizată monitorizarea electrică. Membranele sunt rupte astfel încât lichidul amniotic poate fi inspectat regulat.

Multe maternităţi din UK aplică adesea strategii destul de diferite. De exemplu, unii medici ar putea susţine că ruperea artificială a membranelor poate să nu fie complet benefică deoarece lichidul nu mai poate să amortizeze capul fetal, şi există dovezi că ruperea artificială a membranelor este asociată cu mai multe decelerări ale frecvenţei cordului fetal[2].

[1] K. O Driscoll 1986 *Active management of Labour*, Bailliere Trindall.

[2] J Barett 1992 *Br J. Obstet Gynae* 99 5-9

Analgezia în travaliu

▶Analgezia în travaliu este cel mai important "dar" pe care obstetricianul îl poate face femeilor gravide. Nu toate femeile doresc naşterea naturală - şi de aceea nu le faceţi să se simtă vinovate pentru că solicită analgezie în travaliu. Un agent anestezic eficace în travaliu este obligatoriu să nu afecteze mama sau copilul, să permită menţinerea cooperării materne, să nu afecteze contractilitatea uterină.

Educarea gravidelor. Cea oferită de "National Childbirth Trust" întruneşte toate aceste criterii. Educarea cu privire la travaliu reduce teama; exerciţiile de respiraţie şi tehnicile de relaxare învaţă mama modalităţi de autocombatere a durerii.

În primul stadiu al travaliului **administrarea injectabilă de narcotice** determină analgezia la 60 % dintre femeile gravide. Cel mai frecvent utilizat este pethidina 50 -150 mg IM (nu şi dacă naşterea este estimată a se produce în < 2-3h când se poate produce depresia respiratorie neonatală - caz în care se foloseşte efectul reversibil al naloxonei 0,01 mg/Kg IV - doză ce poate fi repetată după 3 min dacă este necesar, sau 0,1-0,2 mg pot fi administrate ca doză unică IM). Debutul analgeziei apare în 20 min şi trebuie să dureze 3h. ES: greţuri şi vărsături, dezorientare, întârzierea evacuării gastrice, depresie respiratorie neonatală. CI: mame ce urmează tratament cu antidepresive de tip IMAO (p.394).

Agenţi anestezici inhalatori Oxidul nitros poate fi utilizat pe durata travaliului. Oxidul nitros 50% diluat în 50% oxigen (Entonox®) este autoadministrabil utilizând masca cu ventil "a demand". CI: gravidele cu pneumotorax.

Blocajul pudental (rădăcinile nervilor sacrali 2, 3 şi 4) utilizează 8-10 ml lignocaină (Xilină) 1% injectată de fiecare parte, la 1 cm dincolo de punctul aflat imediat inferior şi intern de spina ischiatică. Este utilizată împreună cu infiltraţia perineală pentru naşterea facilitată instrumental dar este insuficientă pentru forcepsul rotaţional.

Blocajul spinal Acesta poate fi utilizat pentru naşterea rotaţională şi o operaţie cezariană. Pentru detalii şi contraindicaţii, vezi p. 878.

Anestezia epidurală vezi pag. 878. Analgezia se realizează prin anestezierea filetelor nervoase pentru durere provenite de la T11 - S5. Anestezia epidurală trebuie instituită doar odată ce travaliul a debutat (dilatarea cervicală > 3 cm). Instalează întâi o perfuzie IV, apoi administrează 500 ml de soluţie Hartmann pentru a preveni scăderea TA. Controlează pulsul, TA, respiraţiile, contracţiile şi cordul fetal la fiecare 15 min după ce ai instituit anestezia epidurală. La fiecare 2 ore sunt necesare reîncărcări. Acest tip de anestezie poate fi foarte utilă pentru următoarele: poziţie occipito-posterioară (p.140), prezentaţie pelvină, sarcină multiplă, naştere prematură, preeclampsie, naşterea cu forceps, contracţii uterine necoordonate.

Analgezia în travaliu

Probleme: Pentru cele datorate tehnicii, vezi p. 882. Poate exista hipotensiune posturală (perfuzie IV, poziţionează gravida la 15° spre stânga), retenţie urinară (cateterizează vezica regulat), paralizie motorie (paralizia musculaturii planşeului pelvin reduce rotaţia fetală şi efortul voluntar în stadiul al 2- lea al naşterii, astfel crescând necesitatea forcepsului). După naştere, retenţia urinară; cefaleea (în special după rahianestezie); şi, pe termen lung, durerile lombare pot apărea secundar anesteziei epidurale.

Anestezia combinată spinală şi epidurală (SEC)[1] realizează analgezia mai rapid, fără blocarea neuronilor motorii la majoritatea mamelor, permiţând ortostatismul, mersul, poziţia şezîndă şi evacuarea urinei. ▶Este vital ajutorul unui anestezist competent.

Stimularea electrică nervoasă transcutanată (TNS) Electrozii plasaţi pe spate generează impulsuri electrice pentru stimularea fibrelor nervoase mari aferente cortexului cerebral, blocând impulsurile dureroase. Necesită o pregătire atentă dar este sub control matern. Este cea mai eficace în primul stadiu[2].

---

[1] RE Collis 1994 *Int J Obs Ansth* 3 75 -81
[2] *Drug Ther Bu* 1989 27 25

Monitorizarea fetală

În sarcinile cu risc major cardiotocografia ante-partum şi profilurile biofizice ecografice (p. 130), sunt utilizate pentru a monitoriza activitatea şi reactivitatea fetală. Scopul acestei monitorizări este detectarea prenatală a hipoxiei intrauterine.

Diagrama mişcărilor fetale: În ultimele 10 săptămâni de sarcină mama poate număra zilnic mişcările fetale şi înregistra intervalul de timp în care copilul a făcut 10 mişcări. Deşi sub 10 mişcări în 12 ore este un parametru de prognostic fetal rezervat, acesta poate reprezenta un semn de avertisment al complicaţiilor potenţiale, iar în aceste condiţii mama trebuie să se prezinte la clinica de obstetrică unde este înregistrată pentru cardiotocografie.

Cardiotocografia: Ecografia Doppler detectează bătăile cordului fetal şi un tocodinamometru plasat pe fundus-ul uterin înregistrează orice contracţie. Se obţine o înregistrare continuă aprox. 30 min, cu mama în poziţie de semidecubit posterior sau în decubit lateral stâng. O înregistrare normală are o frecvenţă de bază între 110 şi 160 bătăi/min, cu o variaţie de 5-25 bătăi/min, şi cel puţin 2 accelerări (un răspuns obişnuit la mişcare sau zgomot) cu o amplitudine de 10-15 bătăi/min pe o perioadă de 15-20 min. O frecvenţă cardiacă anormală este caracterizată prin tahicardie bazală marcată (> 180/min) sau bradicardie (<100 bătăi/min). Lipsa de variabilitate şi decelerările precoce sau atipice sunt asociate cu compromiterea fetală şi reprezintă cei mai importanţi indicatori prognostici ai testului.[1]

Testele trebuie realizate antenatal zilnic, pentru a identifica modificarea aspectului frecvenţei cardiace fetale asociată hipoxiei.

Monitorizarea *intra-partum* Decesul şi handicapurile ulterioare datorate complicaţiilor travaliului apar în < 1:300 de travalii[2].

Monitorizarea frecvenţei cardiace *intra-partum* are scopul de a detecta modificările caracteristice asociate cu suferinţa fetală. Diagnosticul suferinţei fetale poate fi argumentat prin exteriorizarea *intra-partum* de meconiu proaspăt şi hipoxie fetală.

Frecvenţa cordului fetal este tradiţional monitorizată prin utilizarea stetoscopului Pinard între contracţii, dar prin această metodă pot fi pierdute deceleraţiile corelate cu contracţiile uterine.

Monitorizarea continuă a frecvenţei cardiace fetale: are o valoare predictivă redusă, supradiagnosticând suferinţa fetală, şi conducând la suprainterventionism chiar când este utilizată împreună cu recoltarea sângelui fetal[2]. Deşi valoarea ei este discutabilă chiar în travaliile cu risc major, testul este utilizat pe scară largă. Strategiile de monitorizare variază. Travaliile cu risc major pot fi monitorizate intermitent. Dacă riscul este major, monitorizarea cordului fetal pe durata travaliului se realizează în mod ideal cu un electrod de scalp. *Indicaţii:* înregistrare cardiotocografică anormală la internare; probleme antenatale; utilizarea ocitocinei; eliminarea de meconiu proaspăt (p. 142).

Dezavantaje: mobilitate maternă limitată şi disconfort.

▶Cel mai bun predictor al hipoxiei îl reprezintă o combinaţie dintre tahicardie, pierderea variabilităţii ritmului de bază şi decelerările superficiale temporizate.

Conduita în cazul unei înregistrări patologice 1. Aşază mama în decubit stâng şi administrează-i O_2. Opreşte syntocinonul. 2. Recoltează probe de sânge fetal. Dacă nu ai această posibilitate consideră naşterea rapidă dacă înregistrarea nu se ameliorează.

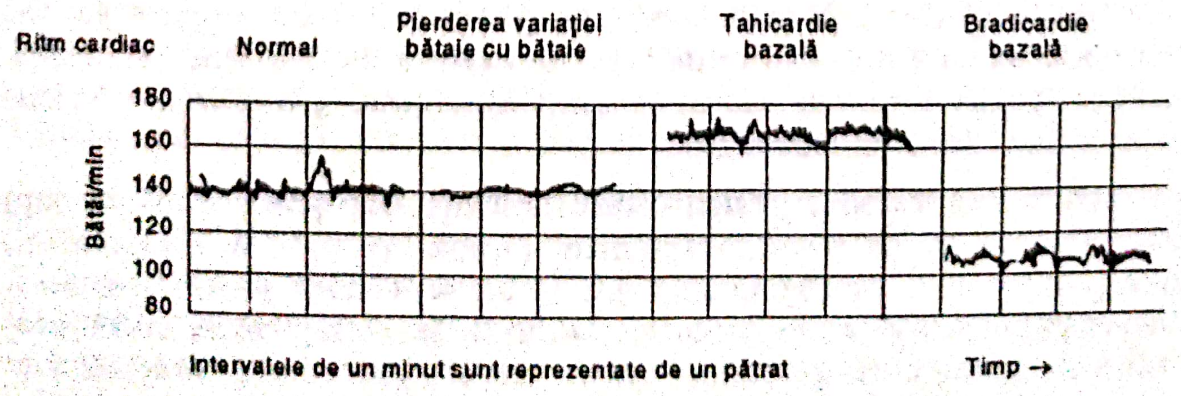
Recoltarea de sânge fetal Acidoza fetală reflectă hipoxia. pH-ul sanguin din scalp cu valori între 7,3 -7,4 este normal. Dacă este 7,25 -7,29 repetă-l după 45 min. Dacă este 7,2 - 7,24 consideră operaţia cezariană. Nivele sub 7,2 necesită naşterea imediată, numai dacă nu este stadiul al 2 lea al naşterii când un nivel de 7,15 poate fi acceptabil.

Tipuri de frecvenţă cardiacă fetală şi semnificaţia clinică. Tipul normal este descris pe pagina opusă. Accelerările sugerează integritatea activităţii simpatice şi sunt asociate cu hipoxia.

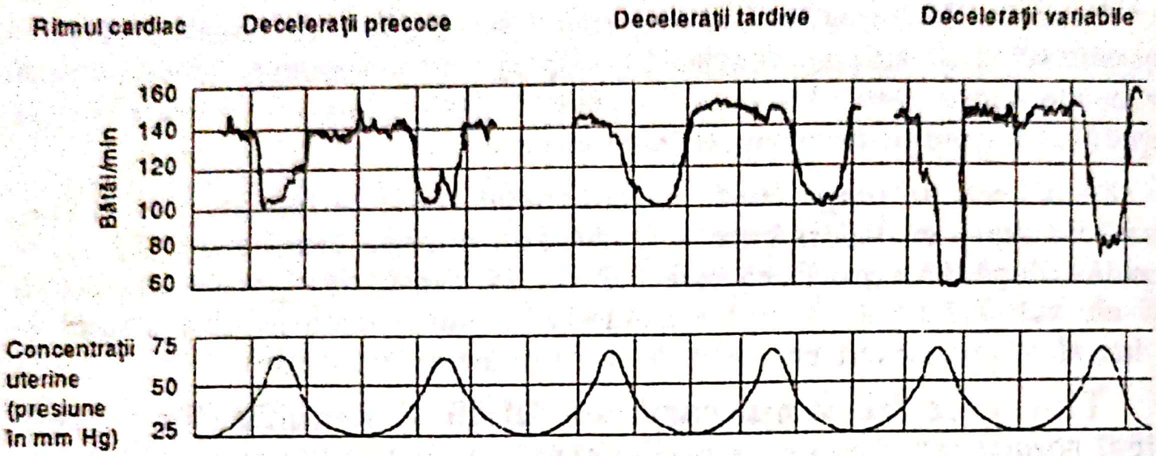
Pierderea variabilităţii ritmului de bază Variaţia ritmului de bază de > 5 bătăi/min evidenţiază răspunsul faţă de tonusul vagal, la stimulii simpatici şi catecolamine al unui trunchi cerebral fetal bine oxigenat. Pierderea variabilităţii ritmului de bază poate reflecta un făt prematur care doarme, precum şi efecte ale unor medicamente (de ex: diazepam, morfină, fenotiazină) sau hipoxie.

Tahicardia bazală Frecvenţa cardiacă de > 160 bătăi /min este asociată cu febra maternă sau cu utilizarea de medicamente beta simpatomimetice, corioamniotită (şi pierderea variabilităţii), şi hipoxia acută sau subacută. Frecvenţe cardiace persistente > 200 sunt asociate cu aritmia cardiacă fetală.

Bradicardia bazală Frecvenţa cardiacă sub 110 bătăi /min este uneori asociată cu hipoxia fetală (cu excepţia dezlipirii precoce de placentă). Poate reflecta creşterea tonusului vagal, bloc cardiac fetal, sau dacă este spasmodică compresiunea de cordon ombilical (circulară de cordon ombilical).



Decelerările precoce coincid cu contracţiile uterine şi reflectă creşterea tonusului vagal, deoarece presiunea fetală intracraniană creşte în timpul contracţiei uterine. **Decelerările tardive** când maximul decelerației apare după aprox. 30 sec. după peak-ul contracţiei uterine, reflectă hipoxia fetală, gradul şi durata reflectându-i severitatea. **Decelerările variabile** atât în grad cât şi în corelaţie cu contracţiile uterine, pot reprezenta compresiuni de cordon ombilical (circulare de cordon ombilical) în jurul membrelor sau a prezentaţiei.



1 N Patel 1989 *Obstetrics* pag 373 - 80, Churchill Livingstone
2 P Steer 1988 *Pregnancy and Risk*, John Wiley

Ecografia

Nu există nici o dovadă că ecografiile ocazionale ar afecta mama sau fătul, dar un trial randomizat indică faptul că ecografia Doppler repetată este asociată cu creşterea riscului (1.65) pentru un făt cu greutate la naştere sub 3 deviaţii standard[1]. În cursul fiecărei ecografii, examinează locul de implantare şi structura placentei, evaluează volumul lichidului amniotic structura şi starea generală fetală (vezi mai jos).

Precocitatea ecografiei în sarcină Dacă există hemoragie şi durere, ecografia poate confirma sarcina intrauterină (sau ectopică) şi viabilitatea fetusului. Când există discrepanţă între dimensiunile uterului şi data UM, vârsta gestaţională poate fi estimată; poate fi dovedită prezenţa unui făt viabil (nu şi a unui avort nedepistat, p 22) sau exclusă sarcina gemelară. Sarcina multiplă trebuie să fie exclusă după utilizarea medicamentelor pentru fertilitate sau în prezenţa *hypermesis gravidarum* (exclude de asemenea mola hidatiformă).

Estimarea vârstei gestaţionale Distanţa "cap-şezut" (crown-rump) este măsurată de la 6 - 12 săptămâni (aprox. 10 mm la 7 săptămâni; aprox. 55 mm la 12 săptămâni). De la 12 săptămâni poate fi măsurat diametrul biparietal (şi lungimea femurului de la 14 săptămâni astfel încât există 2 estimări independente pentru fiecare procedură). Măsurătorile diametrului biparietal pentru a estima vârsta gestaţională au acurateţea maximă după 20 de săptămâni (lipsite de veridicitate după 34 săptămâni). Cunoaşterea vârstei gestaţionale este importantă în conduita incompatibilităţii Rh şi în sarcina asociată diabetului (p. 172) - şi este utilă de asemenea dacă data UM este necunoscută sau ciclul este neregulat.

Malformaţiile fetale Multe clinici oferă ecografii de rutină pentru a depista malformaţiile fetale la aprox. 18 săptămâni. Este justificată utilizarea de rutină a ecografiei ? Aceasta depinde de competenţa ecografistului: într-un studiu din SUA (N = 15,151) nu s-au demonstrat beneficii, iar doar 17% din malformaţiile structurale au fost găsite înainte de 24 de săptămâni; în Europa, beneficiile sunt mai mari deoarece rata de depistare este de 21 -84 %^{2}.

Indicaţiile ecografiei pentru depistarea malformaţiilor includ:

- Antecedente familiale de defecte de tub neural
- Diabet sau epilepsie la mamă
- Alfa fetoproteină anormală
- Oligohidramnios
- Gemeni
- Polihidramnios

Scorul profilului biofizic Ecografia fetală intrauterină pe o perioadă de peste 30 min are scopul de a evalua afectarea fătului de către asfixia acută şi cronică. În cazul asfixiei acute fătul pierde variaţiile activităţii biofizice reglate prin impulsurile eferente plecate din sistemul nervos central (respiraţiile fetale, mişcările corporale grosiere, tonusul flexorilor fetali şi accelerarea frecvenţei cordului în timpul mişcărilor fetale). Reducerea volumului de lichid amniotic demonstrată prin depistarea colecţiilor de lichid sub 1 cm profunzime măsurate în două planuri perpendiculare este un parametru indicator al asfixiei cronice. Prin combinarea criteriilor specifice pentru aceste 5 variabile poate fi atins un scor de "stare generală". Protocoalele de conduită, adaptate în funcţie de acest scor, orientează apoi medicul obstetrician în ceea ce priveşte momentul în care trebuie să intervină activ.

Ecografia este utilizată ca o investigaţie adiacentă în procedurile diagnostice ale amniocentezei, fetoscopiei, puncţiei cordonului ombilical şi biopsiei de vilozităţi corionice.

Sarcinile în care creşterea fetală reprezintă o problemă (p. 114) pot fi monitorizate prin ecografii regulate. Raportul dintre circumferinţa abdominală şi cea craniană este un parametru de interes. Greutatea fetală poate fi estimată când se planifică naşterea vaginală în prezentaţia pelviană (dar cu acurateţe mai redusă pentru fetuşi mai mari).

În sarcina avansată poziţia şi prezentaţia fătului pot fi determinate. Dacă există HAP poate fi exclusă *placenta praevia* şi se poate vizualiza placenta pentru căutarea dezlipirii placentare precoce. În cazul hemoragiei secundare *post-partum*, pot fi vizualizaţi produşii de concepţie retenţionaţi.

Ecografia Doppler şi starea generală fetală[3]

Ecografia Doppler este o tehnică ce poate fi utilizată pentru evaluarea circulaţiei pe ambele feţe ale placentei. Nu s-a dovedit că ar fi utilă ca metodă de screening în supravegherea antenatală de rutină[4], dar s-a dovedit utilitatea ei în sarcinile cu risc major. Contururile fluxurilor sanguine s-au dovedit a fi anormale la copiii mici care în final au decedat sau s-au îmbolnăvit grav perinatal, iar copiii încadraţi ca fiind cu greutate mică prin ecografia în timp real s-a dovedit că nu prezentau risc de suferinţă fetală dacă fluxurile arterei ombilicale erau normale, dar dacă frecvenţele telediastolice erau absente, cel mai probabil fătul era hipoxic sau acidotic. În conduita copiilor cu creştere intrauterină întârziată, necomplicată de către alte probleme obstetricale, s-a sugerat că supravegherea prin ecografia Doppler este mai eficientă din punct de vedere financiar decât cardiotocografia şi poate fi singura metodă adiacentă de supraveghere (se adaugă examinării biofizice a parametrilor biofizici)[5].

În preeclampsie pierderea frecvenţelor telediastolice la nivelul arterei ombilicale se pare că se corelează cu ischemia şi spasmul spaţiului intervilos sau cu ocluzia arteriolelor terţiare de pe partea fetală a circulaţiei. Ischemia interviloasă placentară conduce la centralizarea circulaţiei fetale astfel încât sângele care se reîntoarce la placentă este direcţionat spre creier, arterele coronare şi suprarenalele fetale. Studiile intervenţionale bazate pe examinarea tipurilor de fluxuri ombilicale anormale au demonstrat la copii mici pentru vârsta gestaţională (dismaturi, SGA) cu tipuri anormale de flux un plus de aprox. 500 g faţă de greutatea scontată -la femeile cărora li s-a administrat din momentul diagnosticului o doză scăzută de aspirină comparativ cu lotul placebo. Trebuie de asemenea subliniat că dozele scăzute de aspirină temporizează hipertensiunea şi reduc severitatea acesteia la mamele primipare ai căror copii au fluxuri ombilicale anormale. Totuşi aspirina nu s-a demonstrat a fi eficace în sarcinile cu risc minor, unde s-a dovedit a creşte frecvenţa dezlipirii placentare precoce.[6]

---

[1] JP Newham 1993 *Lancett* ii 887

[2] B Ewigman 1993 *NEJM* 239 821

[3] Ed 1992 *Lancet* 339 1083

[4] J Davies 1992 *Lancet* 340 1299

[5] H Alstrom 1992 *Lancet* 340 936

[6] B Sibai 1993 *NEJM* 329 1213

2. Obstetrică

Ecografia Doppler şi starea generală fetală

Lichidul amniotic

Lichidul amniotic Este sintetizat prin secreţia celulelor amniotice şi din filtratul plasmatic matern; volumul este anormal dacă fătul nu poate înghiţi sau nu poate să contribuie la acumularea lui prin micţiune. La 10 săptămâni volumul este 30 ml, la 20 de săptămâni 300 ml, la 30 de săptămâni 600 ml. Volumul maxim între săptămânile 34 şi 38 (800 - 1000 ml), se reduce ulterior cu 150 ml pe săptămână.

Oligohidramniosul Volumul lichidul amniotic este < 200 ml. Este rar. *Asocieri* Sarcină prelungită, ruptură prelungită de membrane, insuficienţa placentară, aplazia uretrei fetale şi agenezia renală fetală. Sindromul Potter (fatal) include urechi jos implantate, agenezie renală, plămâni hipoplazici şi amnion nodosum (acumulări de scuame fetale).

Polihidramniosul (hidramniosul) Lichidul amniotic are un volum de peste 2-3 litri în 1 din 250 de sarcini. 50% dintre sarcini sunt asociate cu malformaţii fetale, 20% cu diabet matern. În 30% este idiopatic.

Cauze fetale: Anencefalie (absenţa reflexului de înghiţire), *spina bifida*, hernie ombilicală, ectopie vezicală, atrezie duodenală sau esofagiană, *hydrops fetalis*, atitudine fetală de hiperextensie.

Cauze materne: Diabet zaharat, sarcină multiplă. Apare precoce în al treilea trimestru, mama poate dezvolta dispnee şi edem. Un perimetru abdominal de >100cm este sugestiv. Polihidramniosul predispune la un travaliu prematur, malprezentaţii, prolaps de cordon ombilical, dezlipire placentară precoce, când se produce ruperea membranelor şi HPP (uterul nu se contractă eficient). Deoarece indometacinul administrat la mamă reduce producerea de urină fetală, acesta poate fi utilizat pentru tratamentul polihidramniosului (ex 25 mg/6 h PO). Producţia de urină fetală revine la normal la 24 h după oprirea tratamentului. În timpul travaliului controlează precoce să nu apară colapsul cordonului ombilical. După naştere introdu o sondă nasogastrică în esofagul copilului pentru a-i verifica patenţa.

Amniocenteza Amniocenteza implică recoltarea de lichid amniotic. Este utilizată pentru diagnosticul prenatal al malformaţiilor; în conduita incompatibilităţii Rh (p.284), şi pentru estimarea maturităţii pulmonare fetale (rar realizată acum). Maturitatea pulmonară este evaluată prin raportul lecitină/sfingomielină din lichidul amniotic. Dacă > 2, plămânii sunt maturaţi; dacă <1,5 plămânii sunt foarte imaturi. Amniocenteza pentru diagnosticul malformaţiilor este realizată la vârsta gestaţională de 16 săptămâni, când există suficient lichid amniotic pentru a obţine o cultură adecvată de celule fetale şi suficient timp pentru a întrerupe sarcina în funcţie de rezultatele obţinute, dacă acest lucru este de dorit. Obţinerea rezultatelor testelor cromozomiale necesită 3-4 săptămâni. Ecografia în timp real facilitează recoltarea lichidului amniotic din zonele adecvate, evitând penetrarea placentară. Utilizând o tehnică sterilă recoltează 15 ml de lichid cu un ac 21 G. Administrează ulterior 250 U de globulină anti-D la femeile Rh negative.

Indicaţii ale amniocentezei: Vârsta maternă avansată (≥ 35-37 ani pentru sdr. Down); un copil cu defect de tub neural în antecedente (afectare ulterioară 1:20) sau nivele serice materne crescute de alfa fetoproteină (p.188 şi p.270) - deşi ecografia este acum utilizată în locul amniocentezei pentru depistarea defectelor de tub neural; când unul din pacienţi poartă o translocaţie cromozomială echilibrată (şanse de afectare fetală 1 din 4-10); când există risc de afecţiune metabolică transmisă recesiv (p.248 & p.250); când mamele poartă o afecţiune legată de cromosomul X (pentru a determina sexul fetal). Recoltarea de vilozităţi coriale poate furniza rezultate mai precoce în comparaţie cu majoritatea metodelor de mai sus, permiţând întreruperea mai precoce a sarcinii în lumina acestor rezultate. Frecvenţa avorturilor post amniocenteză este aprox. 1%. Vezi p.186.

Sarcina multiplă

Incidenţa - Sarcina gemelară - 1:105 sarcini (33% monozigotice); tripleţi 1:10.000.

Factori predispozanţi Sarcini gemelare anterioare; antecedente familiale de sarcini gemelare (numai heterozigote); vârstă maternă avansată (<20 ani 6,4 : 1000, >25 ani 16,8 : 1000); ovulaţie indusă; origine rasială (incidenţa 1:150 de sarcini la japoneze, 1:50 la femeile de culoare).

Diagnostic La începutul sarcinii uterul poate fi mai mare în comparaţie cu vârsta gestaţională şi poate exista hyperemesis. În sarcina avansată poate apărea polihidramniosul. Semnele sunt: posibilitatea de palpare a > 2 poli fetali; există o multitudine de segmente (părţi) fetale palpabile; pot fi ascultate 2 frecvenţe de cord fetal (semn sigur dacă frecvenţele cardiace diferă una de alta cu 10 bătăi/min). Diagnosticul poate fi confirmat prin ecografie.

Complicaţii în cursul sarcinii Polihidramniosul (p.134); preeclampsia este mai frecventă (30% din sarcinile cu făt mic); anemia este mai frecventă (datorită creşterii necesităţilor de fier şi folat). Există o incidenţă crescută a HAP (6% sarcini gemelare, 4,7% sarcini cu făt mic) datorită atât dezlipirii placentare precoce cît şi *placentei praevia* (placentă mare).

Complicaţii fetale Mortalitatea perinatală pentru gemeni este de 55.9 /1000 (9,7/1000 dacă este făt mic). Problema principală o reprezintă prematuritatea. Durata medie a sarcinii este de 37 săptămâni pentru gemeni, şi 33 de săptămâni pentru tripleţi. Copiii dismaturi (p.114) apar frecvent (rata de creştere este aceeaşi ca şi pentru fătul mic după 24 de săptămâni dar poate fi mai încetinită ulterior). Frecvenţa malformaţiilor este crescută de 2-4 ori. La gemenii monozigoţi, interferarea reciprocă a fluxului sanguin poate determina discrepanţa între dimensiunile gemenilor, unul fiind născut pletoric (şi de aceea icteric ulterior), celălalt fiind anemic. Dacă unul din fetuşi moare *in utero*, poate deveni *fetus papyraceous*, care poate fi avortat ulterior sau născut prematur.

Complicaţii ale travaliului HPP este mai frecventă (4-6 % sarcini cu făt mic, 10% gemeni). Prezentaţia patologică este frecventă (cefalică/cefalică 40%, cefalică/pelvină 40%, pelvină/transversă (Tv) 4%, Tv/Tv 1%). Ruptura vaselor praevia, frecvenţe crescute ale prolapsului de cordon ombilical, răsucirea cordonului ombilical (în special la monozigoţi) pot determina apariţia de probleme în cursul travaliului. În ciuda tehnologiei moderne unele sarcini gemelare scapă diagnosticului, echipa de asistenţă la naştere este luată pe nepregătite, sintometrina poate fi utilizată neadecvat, întârziind astfel naşterea celui de-al doilea geamăn. Anestezia epidurală este utilă pentru versiuni.

Conduită

- Asigură repausul adecvat (nu este necesară internarea în mod obligatoriu[1]).
- Utilizează ecografia pentru diagnostic şi control lunar al creşterii fetale.
- Administrează suplimente de fier şi folat la mamă în cursul sarcinii.
- Mai multe vizite antenatale, de ex. săptămânal de la 30 de săptămâni (risc crescut de eclampsie).
- Explică-i mamei cum să identifice naşterea prematură şi cum să acţioneze.
- Consideră inducţia travaliului la 40 de săptămâni. Instalează o perfuzie IV în travaliu şi asigură-te de ajutorul unui anestezist. Pediatrii (de preferat câte 1 pentru fiecare copil) trebuie să fie prezenţi la naştere pentru resuscitare în caz că acesta ar putea fi necesară (al doilea geamăn are un risc crescut de asfixie).

Diferenţierea gemenilor monozigoţi de cei heterozigoţi

Gemenii monozigoţi au întotdeauna acelaşi sex şi membranele sunt formate din 2 saci amniotici şi un corion (dacă ai dubii trimite fragmente de placentă pentru examen histologic).

---

[1] G Chamberlain 1991 *BMJ* ii 111

Prezentaţiile pelvine

Prezentaţia pelvină este cea mai frecventă prezentaţie patologică. Deşi 40% din copii sunt în prezentaţie pelvină la 20 de săptămâni, 25% vor fi la 32 săptămâni şi doar 3% la termen. Este normal în sarcină ca fesele să fie situate la nivelul fundusul-ui uterin. Afecţiuni care predispun la prezentaţii pelvine: pelvis contractat, uter bicorn, uter fibromatos, *placenta praevia*, oligohidramnios, *spina bifida* şi făt hidrocefal. Ecografia poate evidenţia cauza şi influenţa conduita.

Prezentaţia pelvină extinsă este cea mai frecventă. Aceşti copii sunt aşezaţi cu coapsele flectate şi genunchii extinşi. **Prezentaţiile pelvine flectate** caz în care poziţia este cu coapsele şi genunchii flectaţi astfel încât prezentaţia conţine fesele, organele genitale externe şi picioarele. **Prezentaţia pelvină în picioare** este cea mai rară. Prezentaţia este reprezentată de picioare, acest tip având risc major (5-20%) pentru prolaps de cordon ombilical.

Diagnosticul prezentaţiei pelvine trebuie făcut antenatal. Mama poate acuza dureri la nivelul rebordului costal. La palpare, poziţia este longitudinală, capul nu poate fi palpat în pelvis şi în fundul uterin există o masă rotundă netedă (capul) care poate fi balotat, producând o senzaţie asemănătore celei de scufundare rapidă a unui măr într-un vas cu apă.

Versiunea cefalică externă (VCE) - transformă prezentaţia pelvină într-una cefalică prin rotirea la 180°. Nu rota copilul dacă nu ai planificat o naştere vaginală. Este realizată tradiţional la 34 -36 de săptămâni însă poate fi utilizată după 37 de săptămâni prin folosirea tocolizei.[1]

Contraindicaţiile versiunii: *placenta praevia*, sarcina multiplă, APM, copiii dismaturi, mame cu cicatrice uterine, preeclampsie sau hipertensiune (risc crescut de dezlipire placentară precoce), mame cu antecedente obstetricale patologice. Administrează 500 U globulină anti-D la pacientele Rh negativ.

Modalităţi de naştere Operaţia cezariană este susţinută adesea pe criterii de siguranţă nedovedite.[2] Scopul tău este de a discuta toate opţiunile cu mama. Consideră naşterea naturală dacă:[2]

- Este disponibil un obstetrician experimentat
- Greutatea fetală estimată ecografic este 2500 - 3500g
- Nu există dovezi de încetinire a creşterii intrauterine
- Raport pelvin formă/dimensiuni adecvat la pelvimetria CT
- Este evitată accelerarea travaliului/inducţia
- Progresie adecvată a travaliului în stadiile 1 şi 2
- Prezentaţii pelvine extinse (sau în flexie strânsă la multipare)
- Inexistenţa hiperextensiei gâtului fetal
- Volum de lichid amniotic normal
- Absenţa *placentei praevia*

- Inexistenţa preeclampsiei; absenţa suferinţei fetale

Dacă toate criteriile sunt întrunite decesul fetal poate fi <1% (chiar şi mai puţin)[3].

Asistenţa la naştere în prezentaţia pelviană Pelvisul se angajează în pelvisul matern cu diametrul bitrohanterian (9,5 cm) situat transversal. Pe parcursul coborârii prin pelvis, se produce rotaţia astfel încât diametrul bitrohanterian este situat anteroposterior, şi se exteriorizează prin canalul de naştere, prin flexia laterală a trunchiului fetal. Rotaţia externă se produce ulterior astfel încât diametrul bitrohanterian devine din nou transvers. Umerii intră în pelvis cu diametrul biacromial transvers, rotează la 90° exteriorizându-se prin diametrul AP. Capul intră în pelvis cu sutura sagitală situată transversal şi se rotează la 90°. Când corpul este exteriorizat complet, este permis să fie lăsat să atârne 1-2 min până când regiunea cervicală posterioară devine bine vizibilă. Corpul este apoi ridicat deasupra vulvei de către un asistent, capul fiind exteriorizat cu forcepsul.

▶Controlează copilul pentru dislocarea de şold (incidenţă): de asemenea, în caz de naştere vaginală controlează pentru paralizia Klumpke (p. 818) şi semnele de leziuni SNC.

---

1 K Mahomed 1991 *Br J Obstet Gynae* 98 8
2 J Kingdom 1992 *BMJ* ii 1090
3 J G Thorpe - Beeston 1992 *BMJ* ii 749 & 1090

Alte prezentaţii patologice

Prezentaţia occipitoposterioară (OP) 50% din paciente au un bazin lung "antropoid". Diagnosticul poate fi pus antenatal prin palpare (p.91). La examenul vaginal fontanela posterioară va fi găsită în cadranul posterior al pelvisului. Travaliul tinde a fi prelungit datorită gradului de rotaţie necesar, astfel încât hidratarea şi analgezia adecvate (eventual anestezie epidurală) sunt importante. În timpul travaliului 65% rotează 130° astfel încât devin occipitoanterioare la momentul naşterii, 20% rotează astfel încât occiputul este situat într-adevăr posterior şi naşterea se realizează prin flectarea capului pe perineul matern. Deşi în 73% din cazuri va fi o naştere vaginală spontană, 22% vor necesita forceps şi 5% operaţie cezariană.

Prezentaţiile faciale Incidenţă: 1:500. 15% se datorează malformaţiilor congenitale fetale cum ar fi anencefalia, tumori sau scurtarea musculaturii capului fetal care mai degrabă face extensia decât flexia când se angajează. Diagnostic antenatal: coloana vertebrală fetală are formă de S la palpare, uterul este ovoidal fără umplerea flancurilor şi există un şanţ adânc între occiput şi spate. La o examinare vaginală precoce nasul şi ochii pot fi palpaţi dar ulterior acest lucru nu va mai fi posibil datorită edemului. Majoritatea se angajează în diametrul transvers (mentobregmatic de aprox. 9,5 cm). 90% rotează astfel încât bărbia este situată în spatele simfizei pubiene (mentoanterior) şi capul poate fi născut prin flexie. Dacă bărbia rotează spre sacrum (mentoposterior), este indicată operaţia cezariană.

Prezentaţia frontală Apare în 1:2000 de naşteri şi este adesea asociată cu un pelvis strâmt sau făt foarte mare. Diagnosticul antenatal: capul nu se angajează (diametrul mentovertical de aprox. 13 cm) şi poate fi palpat un şanţ între occiput şi spate. La examenul vaginal fontanela anterioară şi crestele supraorbitare pot fi palpate. Naşterea se face prin operaţie cezariană.

Poziţia transversă (prezentaţia compusă a umărului). Apare în 1 din 400 de naşteri de obicei la femeile multipare. Alţi factori predispozanţi: sarcina multiplă, polihidramniosul; la primipare: uter septat sau arcuat, *placenta praevia,* pelvis strâmtat. Diagnostic antenatal: uterul este ovoid mai larg pe părţi cu polul inferior liber, capul este situat într-un flanc, cordul fetal este ascultabil în poziţii variabile. La examenul vaginal când membranele sunt intacte nu există modificări caracteristice, dar dacă membranele sunt rupte şi colul uterin este dilatat, pot fi palpate coastele, umărul şi mâna prolabată. Riscul de prolaps de cordon ombilical este crescut. Versiunea cefalică externă (vezi p.138) poate fi încercată după 32 de săptămâni. Dacă prezentaţia patologică persistă sau reapare va fi necesară operaţia cezariană. În cazul persistenţei instabilităţii poziţiei este necesară internarea în spital după 37 de săptămâni (pentru a preveni prolapsul cordonului ombilical la domiciliul când se rup membranele) şi luarea deciziei asupra operaţiei cezariene elective sau inducţiei naşterii după versiunea externă (denumită inducţie de stabilizare).

▶▶Prolapsul cordonului ombilical

Prolapsul de cordon ombilical este o urgenţă datorită riscului de compresiune a cordonului ombilical ce determină asfixia fetală. Există o incidenţă crescută în naşterile gemelare, naşterea pelvină plantară, şi în prezentaţiile transverse. Dacă anterior ruperii membranelor este observată prezentaţia ombilicală realizează operaţia cezariană. Totdeauna informează-te dacă membranele sunt rupte artificial şi dacă prezentaţia este puţin angajată, cazuri în care prolapsul de cordon ombilical reprezintă un posibil risc obstetrical.

Conduita Scopul este de a preveni prezentaţia să comprime cordonul ombilical. ▶▶Acest lucru poate fi realizat prin:

- Deplasarea prezentaţiei prin introducerea mâinii în vagin; deplasează prezentaţia superior (spre capul matern) în timpul contracţiilor uterine.
- Utilizează gravitaţia; fie plasează femeia cu capul decliv sau în poziţia genunchi-coate (îngenunchează astfel încât şoldurile să fie superior capului).
- Introdu 500 ml de ser fiziologic în vezica urinară printr-un cateter urinar de mărimea 16.
- Menţine cordonul ombilical în vagin: nu-l ţine în mâini (pentru a preveni spasmul).

Dacă colul uterin este complet dilatat şi prezentaţia este suficient de jos situată în pelvis, realizează naşterea prin forceps (dacă prezentaţia este cefalică) sau prin extracţie pelvină (de către un obstetrician experimentat în această problemă). În caz contrar pregăteşte imediat operaţia cezariană, dacă fătul este încă în viaţă. Există puţine alte urgenţe în care viteza de acţiune să fie atât de importantă.

▶▶Umerii impactaţi

Denumită şi distocia umerilor, se referă la incapacitatea de a naşte (exterioriza) umerii după ce capul a fost născut.

Asocieri: Făt mare; făt post-matur; malformaţii; cordon ombilical scurt. Pericolul este decesul datorat asfixiei.

Conduita

- Plasează mama în poziţie de litotomie cu fesele aşezate pe o pernă peste marginile patului. Poziţia de litotomie lărgeşte strâmtoarea pelvină inferioară. Realizează o epiziotomie largă.
- În timp ce o persoană care asistă naşterea imprimă o presiune suprapubiană intensă, comprimă ferm capul fetal spre planşeul pelvin. Dacă această manevră eşuează, controlează dacă umărul anterior este sub simfiză (unde diametrul strâmtorii pelvine superioare este maxim); dacă nu

se obţine rezultatul dorit, rotează-l pentru a-l aduce în poziţia scontată şi repetă tracţiunea. Dacă această manevră eşuează, poate fi eficace rotaţia cu 180° (astfel încât umărul posterior să devină anterior). Dacă copilul a decedat înainte de naştere se extrage copilul după secţionarea ambelor clavicule -cu foarfece puternice).

Lichidul amniotic colorat meconial

În sarcina avansată, este normal pentru unii copii să evacueze meconiul (conţinutul intestinal) care colorează lichidul amniotic în verde mat. Acest lucru nu are semnificaţie clinică. În timpul travaliului se poate elimina meconiu, care este verde închis, lipicios şi are tendinţa la aglomerare. Acest lucru poate apare ca răspuns la stress-ul creat de un travaliu normal, sau ca semn de suferinţă fetală, astfel încât transferă pacienta la o clinică de specialitate (dacă ea este într-o unitate de medicină generală) şi începe monitorizarea continuă a frecvenţei cordului fetal (p.128). Aspiraţia meconiului proaspăt poate cauza pneumonie severă. Când capul a fost născut, aspiră secreţiile din orofaringe şi nas. Solicită unui pediatru să te asiste la naştere (p.286) pentru a aspira faringele şi traheea sub vizualizarea directă a laringoscopului.

Forceps

Forcepsul are o concavitate cefalică, care se mulează pe capul fetal şi o concavitate pelvică, ce se mulează pe pelvis. Forcepsurile cu tijă scurtă (de ex. Wrigley) sunt utilizate pentru naşterile: "lift out" când capul este în perineu; cu tijă lungă (de ex: Neville Barnes) pentru naşterile mai înalte, când sutura sagitală este situată în diametrul AP. Forcepsul Kielland are o curbă pelvică redusă făcându-l potrivit pentru rotaţie (să fie folosite numai de către mâini experimentate).

Condiţiile de utilizare Capul trebuie angajat; membranele sunt rupte; poziţia capului cunoscută şi prezentaţia pretabilă la aplicarea de forceps, adică cefalică sau facială (mentoanterioară); trebuie să nu existe disproporţie cap-bazin (suprapunerea oaselor craniului trebuie să nu fie excesivă); colul uterin trebuie să fie complet dilatat, uterul contractil, şi analgezia adecvată (infiltraţie perineală pentru epiziotomie; blocajul plexului pudental poate fi suficient pentru forcepsul cu cavitate medie şi pentru naşterile prin vid - extractor dar nu şi pentru aplicare de forceps Kielland). Vezica urinară trebuie să fie evacuată.

Indicaţii de utilizare Forcepsul poate fi utilizat când există temporizarea stadiului al doilea al naşterii: acest lucru se datorează frecvent insuficienţei efortului matern (inerţie uterină sau doar oboseală), analgeziei epidurale, malpoziţiilor capului fetal. Forcepsul poate fi utilizat în caz de suferinţă fetală sau prolaps de cordon ombilical sau eclampsie, - toate producându-se în stadiul al doilea al travaliului. Forcepsul este utilizat pentru a preveni efortul matern neindicat de ex. în afecţiunile cardiace, respiratorii, preeclampsie. Forcepsul este utilizat pentru exteriorizarea capului fetal în naşterile pelvine.

Tehnică Aceasta trebuie învăţată din demonstraţie. Următoarele constituie un *aide-mémoire* pentru forcepsul nonrotaţional. Plasează mama în poziţie de litotomie cu bazinul exact pe marginea patului de naştere. Realizează toaleta locală, cateterizează-i vezica urinară, controlează poziţia capului fetal. Realizează blocajul plexului pudental şi infiltrează locul potenţialei epiziotomii (nu este necesară dacă gravida are o anestezie epidurală). Îmbină lamele pentru a controla dacă ele corespund curbei pelvisului. Mânerul din mâna stângă este lama stângă şi este inserată prima (spre partea stângă a mamei) şi apoi se inseră lama dreaptă. Mânerele trebuie blocate uşor. Tracţiunea nu trebuie să fie excesivă (capătul patului nu este pentru tracţiune suplimentară!). Sincronizează tracţiunea cu contracţiile uterine, ghidând capul iniţial în jos. Fă o epiziotomie largă când capul este la nivelul vulvei. Dacă copilul necesită resuscitare, transferă-l pediatrului. Administrează vitamina K (p.286).

Complicaţii ale forcepsului Traumatisme materne; echimoze fetale faciale şi paralizie de VII (de obicei se remite).

Ventuza sau vacuum-extractorul, este asociat cu traumatisme materne mai puţin frecvente decât în cazul forcepsului[1] şi este preferat în lume dar nu şi în UK[2]. Poate fi utilizat preferabil forcepsului rotaţional, pentru că, pe măsură ce tracţiunea este aplicată, cu cupa peste fontanela posterioară, rotaţia se produce în timpul naşterii. Poate fi aplicat şi printr-un col uterin parţial dilatat (primiparele trebuie să aibă o dilataţie aproape completă, multiparele > 6 cm), dar nu trebuie să fie utilizat dacă capul fetal este situat deasupra spinelor ischiatice. O cupă este aplicată cu o forţă de sucţiune de 0,8Kg/cm². Scalpul fetal este sucţionat şi formează un "coc" care se remite în două zile. Există o incidenţă crescută a cefalhematoamelor fetale (p.160) şi a icterului neonatal, de aceea administrează vitamina K (p.286).

Supravegherea adulţilor supravieţuitori nu demonstrează nici o tendinţă semnificativă spre afectare fizică sau cognitivă datorate naşterilor instrumentale printr-un pelvis îngust[3].

---

[1] AH Sultan 1994 *BMJ* i 887;
[2] J Chalmers 1989 *Br J Obstet Gynae* 96 505
[3] D Seidman 1991 *Lancet* i 1583

Operaţia cezariană

Incidenţa 5-13% din toate naşterile. Mortalitatea maternă este 0,33/1000. Morbiditatea este mai ridicată - datorită infecţiei, ileusului, tromboembolismului, şi întârziere în realizarea cicatrizării- numai dacă operaţia nu se realizează sub anestezie epidurală. Factorii ce contribuie la această incidenţă crescută includ supradiagnosticarea suferinţei fetale prin cardiotocografie, teama de inculpare dacă leziunile cerebrale urmează naşterilor vaginale dificile, şi mai multe travalii induse artificial (ocitocina poate stimula suferinţa fetală).

Incizia segmentului inferior uterin Indicaţia aproape universală a acestei incizii o reprezintă ruptura uterină (p.148) mult mai puţin frecventă în sarcinile ulterioare; permite o mai bună vindecare puerperală; reduce infecţiile, deoarece incizia este extraperitoneală şi are rate scăzute de complicaţii postoperatorii.

Operaţia cezariană clasică (incizia verticală). Este rar utilizată. Indicaţii:

- Făt situat transvers, cu membranele rupte şi exteriorizare de lichid amniotic.
- Malformaţii structurale ce fac segmentul inferior imposibil de utilizat.
- Inel constrictor prezent.
- Fibroame uterine (unele). Unele *placente praevia* anterioare când segmentul inferior este anormal vascularizat.
- Deces matern şi necesitatea îndepărtării rapide a fătului.
- Feţi foarte prematuri, segment inferior incomplet format.

Pregătirea pentru operaţia cezariană în urgenţă:

▶Explică mamei ce urmează să se întâmple.

- Anunţă anestezistul, echipa sălii de operaţii, brancardierii şi pediatrul.
- Administrează mamei O_2 100% dacă există suferinţă fetală.
- Neutralizează conţinutul gastric cu 20 ml de soluţie de citrat de sodiu 0,3 molar, şi stimulează evacuarea gastrică cu metoclopramid 10 mg IV. (NB: nu este timp suficient ca antagoniştii H_2 să acţioneze; ranitidina este păstrată pentru operaţii elective, de ex 150 mg PO cu două ore înainte de intervenţie). Consideră evacuarea preoperatorie a stomacului (de ex. în caz de travaliu prelungit sau de administrare de opiacee). Stomacul trebuie evacuat de rutină înainte de extubare pentru a reduce la minimum riscul de aspiraţie postoperatorie.[1] Vezi sindr. Mendelson, p.148.
- Transportă gravida la sala de operaţii (în stare de veghe); instalează perfuzia IV. Recoltează sânge pentru testul de compatibilitate pe lamă (de ex. 2U, 6U şi 2 perfuzii IV dacă există asocierea în antecedente cezariană + *placenta praevia* - vezi mai jos).
- Cateterizează vezica urinară. Pe masa de operaţie înclină gravida cu 15° spre partea ei stângă.
- Comunică-i pediatrului dacă mama a primit opiacee în ultimele 4 ore.

Notă: Halotanul nu trebuie utilizat pentru intervenţii obstetricale deoarece relaxarea miometrului creşte hemoragia. Alte probleme ce ţin de anestezie sunt reprezentate de vărsături la inducţia anesteziei (vezi inducţia cu secvenţă rapidă p.868), şi anestezia uşoară (copilul ieşind din discuţie) ce cauzează "conştienţa paralizată". ▶În reducerea mortalităţii materne, importanţa unui anestezist experimentat este foarte mare.

Indicaţii de operaţie cezariană Indicaţiile de elecţie le reprezintă disproporţia cefalo-pelvică dovedită; *placenta praevia;* unele prezentaţii patologice (p.140); post chirurgie vaginală (chirurgie reconstructivă subureterală; corectarea chirurgicală a fistulelor vezico-vaginale); unele infecţii materne de ex. herpes, HIV (p.106). Dacă se intenţionează repetarea operaţiei cezariene, dispune localizarea ultrasonografică a placentei pentru a exclude *placenta praevia* deoarece aceasta este mai frecventă şi mai probabil complicată de *placenta acreta* (de aici şi riscul hemoragiei masive) în prezenţa cicatricei uterine.[2]

Operaţia cezariană în urgenţă poate fi necesară datorită complicaţiilor antenatale de ex. eclampsia severă, dezlipirea placentară precoce (cu făt încă viabil). În alte circumstanţe necesitatea operaţiei cezariene devine evidentă în cursul travaliului: suferinţă fetală; prolaps de cordon ombilical (dacă fătul este încă viabil); după eşecul inducţiei; sau progresia ineficientă a acesteia.

Trial-ul cicatricelor uterine În condiţiile existenţei unei cicatrice uterine anterioare, progresia travaliului poate fi permisă sub supraveghere atentă (întotdeauna cu pregătiri prealabile pentru operaţia cezariană). Pericolul major îl constituie ruptura uterină (în special dacă este utilizată ocitocina).

Administrarea profilactică de rutină a antibioticelor Este controversată. Riscul de infecţie mai ales ITU sau infectarea plăgii şi endometrită, este redus prin administrarea de antibiotice IV (de ex. 2g cefradine la inducţie, 1g la 6h şi 12h postoperator) atât în cazul operaţiei cezariene în urgenţă cât şi a celei elective.[3] Curele antibiotice mai lungi nu par a fi superioare calitativ, la fel ca şi administrarea unor cefalosporine de a 2-a generaţie mai scumpe.

După operaţia cezariană La mamele Rh negative îndepărtează tot sângele în exces din cavitatea peritoneală. Fă testul Kleihauer (p.120) şi adaptează doza de imunoglobulină anti-D în funcţie de pacientă, dacă aceasta este indicată. Mobilizează mama precoce. Dacă disproporţia cefalo-pelvică evidentă a determinat operaţia cezariană, consideră înainte de externare pelvimetria radiografică.

---

1 Da H 1994 *Report on Confidential Enguiry into Maternal Deaths in the United Kingdom* 1988 - 90 HMSO; 2 1989 *Report on Confidential Enguiry into Maternal Deaths in England and Wales*, HMSO; 3 M Turner 1992 *J Obst Gynae* 12 (SUP 1) 520

►►Ruptura uterină

Ruptura uterină este rară în UK (1:1500 de naşteri) comparativ cu alte ţări (1:100 în unele regiuni din Africa). Mortalitatea maternă asociată ei este de 5%, iar mortalitatea fetală 30%. Aproape 70% din rupturile uterine din UK se datorează dehiscenţei cicatricelor operaţiilor cezariene (cicatricele segmentului inferior sunt mult mai puţin susceptibile de a produce ruptura uterină) decât cicatricele clasice (6,4%), vezi p.146). Alte afecţiuni predispozante: obstacol în progresia travaliului la multipare, în special când este administrată ocitocina, chirurgia colului uterin în antecedente; naştere cu aplicare înaltă de forceps, versiunea internă, extracţia pelvină. Ruptura uterină se produce de obicei în cursul celui de-al treilea trimestru sau în travaliu.

Semne şi simptome La majoritatea femeilor, ruptura se produce în cursul travaliului. În puţine cazuri (de obicei în dehiscenţa cicatricei operaţiei cezariene) ruptura uterină poate preceda travaliul. Durerea este variabilă, unele paciente prezentând doar durere uşoară şi sensibilitate palpatorie la nivelul uterului. La alte paciente durerea poate fi severă. Hemoragia vaginală este variabilă şi poate fi uşoară (hemoragie intraperitoneală). Tahicardia maternă inexplicabilă, şocul matern subit, dispariţia contracţiilor uterine, dispariţia prezentaţiei de la nivelul pelvisului sau suferinţa fetală reprezintă alte modalităţi de prezentare a rupturii uterine. Indicatori *post-partum* de ruptură uterină: HPP continuă cu un uter normal contractil; hemoragie care continuă *post-partum* după corecţia chirurgicală; ori de câte ori este prezent şocul.

Conduita Dacă ruptura uterină este suspectată în cursul travaliului, trebuie realizată laparotomia, copilul trebuie născut prin operaţie cezariană, şi uterul explorat intraoperator. • Administrează O_2 15l/min pe mască - etanşă cu rezervor • Instalează o perfuzie IV • Fă testul de compatibilitate pe lamă pentru 6U de sânge şi corectează şocul prin transfuzie rapidă. Pregăteşte laparotomia. Tipul de operaţie realizat trebuie hotărât de către obstetricianul specialist; dacă ruptura este mică, poate fi realizată corecţia chirurgicală (posibil cu ligatura tubară); dacă colul uterin sau vaginul sunt implicate în ruptură, poate fi necesară histerectomia. Este necesară o mare atenţie la identificarea ureterelor şi excluderea lor din suturi. Administrează postoperator antibiotice de acoperire, de ex. ampicilină 500 mg/6h IV şi netilmicină 150 mg/12 h IV (numai dacă nu există afectare renală). 85% din rupturile spontane necesită histerectomie, dar > 66% din cicatricele dehiscente sunt reparabile.

►►Sindromul Mendelson

Acesta este numele dat sindromului ce asociază cianoză, bronhospasm, edem pulmonar, plus tahicardie -şi care dezvoltă datorită inhalării de conţinut acid gastric în timpul anesteziei. Clinic este dificil de diferenţiat de insuficienţa cardiacă sau de embolia cu lichid amniotic. Antagonişti H_2 administraţi preoperator, administrarea de citrat de sodiu, evacuarea gastrică preoperatorie, aplicare de presiune pe cricoid (p.868), utilizarea tuburilor endotraheale cu balon de etanşeizare în cursul anesteziei şi evacuarea gastrică înainte de extubare, sunt menite să prevină apariţia sindromului (p.146).

Conduita ▶▶Înclină pacienta cu capul în jos. Întoarce-o în decubit lateral şi aspiră-i secreţiile din faringe. Administrează O_2 100%. Administrează aminofilină 5 mg/Kg în perfuzie IV lentă şi hidrocortizon 1000 mg IV stat. Arborele bronşic trebuie aspirat utilizând un bronhoscop, sub anestezie generală. Antibioticele, de ex. ampicilină şi netilmicină (ca mai sus), trebuie administrate pentru a preveni pneumonia secundară. Ventilaţia asistată în secţia de terapie intensivă poate fi necesară. În timpul convalescenţei trebuie făcută fizioterapie.

Durerea abdominală în sarcină

▶Când apare o durere în timpul sarcinii, gândeşte-te că aceasta ar putea reprezenta debutul travaliului?

Durerea abdominală în sarcină se poate datora întinderii ligamentare sau tracţiunii simfizei pubiene. Alte cauze sunt prezentate în acest capitol. În sarcina precoce aminteşte-ţi de avort (p.22) şi sarcina ectopică (p.24).

Dezlipirea placentară precoce Triada durere abdominală, rigiditate uterină, şi sângerare vaginală este sugestivă pentru această afecţiune. Se produce cu o frecvenţă între 1 la 80 şi 1 la 200 de sarcini. Pierderea sarcinii este frecventă (până la 60%). Un uter sensibil la palpare este înalt sugestiv pentru dezlipirea placentară precoce. Ecografia poate pune diagnosticul (dar nu întotdeauna). Un făt viabil necesită naşterea rapidă deoarece decesul poate fi subit. Pregăteşte-te pentru tratarea CID, deoarece acesta complică 33 -50% din cazurile severe, şi evită HPP care de asemenea este frecventă. Vezi p.118.

Ruptura uterină Vezi p.148.

Fibroamele uterine Pentru torsiune şi degenerescenţa roşie, vezi p.166.

Torsiunea uterină Uterul se roteazǎ axial 30-40° spre dreapta în 80% din sarcinile normale. Rareori, uterul se rotează > 90% - producând torsiunea uterină acută în sarcina medie sau avansată, cu durere abdominală, şoc, uter ferm la palpare, şi retenţie urinară (cateterizarea vezicii urinare pot evidenţia uretra deplasată şi un vagin contorsionat). Fibroamele uterine, masele tumorale anexiale, sau anomaliile congenitale uterine asimetrice sunt prezente în 90%. Diagnosticul se pune de obicei la laparotomie. Naşterea prin operaţia cezariană.

Tumorile ovariene Pentru torsiune şi ruptură, vezi p.166.

Pielonefritele Vezi p.178.

Apendicita Incidenţa aprox. 1/1000 de sarcini. Nu este frecventă în sarcină dar mortalitatea este ridicată (în special de la 20 de săptămâni). Perforaţia apendiculară este mai frecventă în sarcină (15 - 20%). Mortalitatea fetală este aprox. 5-10% pentru apendicita simplă, şi aprox. 30% când există perforaţia. Apendicele migrează superior, extern şi posterior pe măsură ce sarcina progresează, astfel încât durerea este mai puţin bine localizată (adesea paraombilicală sau subcostală) şi sensibilitatea palpatorie şi la decompresia abdomenului ("rebound") şi apărarea musculară sunt mai puţin evidente. Peritonita poate face uterul să devină ferm sau chiar de consistenţă lemnoasă. Laparotomia se face la nivelul zonei de maximă sensibilitate dureroasă cu pacienta înclinată la 30° spre stânga şi trebuie realizată de către un chirurg obstetrician experimentat.

Colecistita Incidenţa 1-6 la 10 000 sarcini. Sarcina favorizează formarea de calculi biliari datorită sta[illegible] biliare şi creşterii concentraţiei colesterolului biliar. Simptomele sunt similare cu cele din afara sarcinii fiind reprezentate de durerea subcostală (hipocondrul drept), greţuri şi vărsături. Icterul este rar (5%). Ecografia confirmă prezenţa calculilor biliari. Diagnosticul diferenţial se face în principal cu apendicita fiind necesară laparotomia dacă această afecţiune nu poate fi exclusă. Tratamentul este similar cu cel în absenţa sarcinii şi are ca scop şi realizarea apendicectomiei la un interval de timp *post-partum*.

Hematomul tecii rectului Foarte rar, hemoragia în teaca rectului şi formarea hematomului se poate produce în timpul unui acces de tuse (sau spontan) în sarcina avansată producând tumefiere şi sensibilitate palpatorie locale.

Ecografia este utilă! Este indicată laparotomia dacă diagnosticul este incert.

Durerea abdominală poate complica preeclampsia datorită congestiei hepatice. Rareori în preeclampsia severă ficatul se perforează.

---

[1] G Chamberlain 1991 *BMJ* i 1390

Colecistita Incidența 1-6 la 10 000 sarcini. Sarcina favorizează formarea de calculi biliari datorită stazei biliare şi creşterii concentraţiei colesterolului biliar. Simptomele sunt similare cu cele din afara sarcinii fiind reprezentate de durerea subcostală (hipocondrul drept), greţuri şi vărsături. Icterul este rar (5%). Ecografia confirmă prezența calculilor biliari. Diagnosticul diferenţial se face în principal cu apendicita fiind necesară laparotomia dacă această afecţiune nu poate fi exclusă. Tratamentul este similar cu cel în absența sarcinii şi are ca scop şi realizarea apendicectomiei la un interval de timp *post-partum*.

Hematomul tecii rectului Foarte rar, hemoragia în teaca rectului şi formarea hematomului se poate produce în timpul unui acces de tuse (sau spontan) în sarcina avansată producând tumefiere şi sensibilitate palpatorie locale.

Ecografia este utilă! Este indicată laparotomia dacă diagnosticul este incert.

Durerea abdominală poate complica preeclampsia datorită congestiei hepatice. Rareori în preeclampsia severă ficatul se perforează.

1 G Chamberlain 1991 *BMJ* i 1390

Născuţii morţi ("Stillbirths")

Sunt acei copii născuţi morţi după 24 de săptămâni de gestaţie. Decesul *in utero* se produce în orice etapă a sarcinii sau în travaliu. Naşterea unor asemenea copii reprezintă un moment de tensiune emoţională atât pentru mamă cât şi pentru echipa care-i asistă travaliul, deoarece durerea şi întregul travaliu pot părea zadarnice, iar mama se poate simţi vinovată - şi de aceea acest lucru reprezintă într-un fel o pedeapsă.

La câteva ore după ce fătul a decedat *in utero* pielea lui începe să se descuame. La naştere asemenea copii sunt descrişi ca fiind maceraţi, în contrast cu născuţii morţi cu aspect "proaspăt". Dacă naşterea este lăsată să decurgă natural, travaliul spontan apare (80% în 2 săptămâni, 90% în următoarele 3 săptămâni), dar în practica curentă, de obicei se induce travaliul odată ce decesul fetal a fost diagnosticat, pentru a preveni aşteptarea de către mamă a declanşării naturale a travaliului, şi a reduce la minimum riscul coagulopatiei diseminate. CID (p.158) este rară şi apare numai dacă fătul decedat la vârsta gestaţională de peste 20 de săptămâni a fost retenţionat > 4 săptămâni, dar dacă testele ce indică o tulburare a coagulării sunt pozitive, unii autori recomandă heparina (1000 U IV/h până la 48h de la debutul travaliului[1]) - însă solicită recomandările specialistului. Întrerupe administrarea heparinei înainte de debutul travaliului sau dacă acesta survine. Asigură-te că sunt disponibile la naştere rezerve importante de sânge cât mai proaspăt recoltat, şi de plasmă proaspătă congelată.

Cauze ale apariţiei născuţilor morţi Preeclampsia, hipertensiunea cronică, sau afectarea renală, diabetul, infecţia, hiperpirexia (T° >39,4° C), malformaţii (11% din născuţii morţi maceraţi şi 4% din cei cu "aspect proaspăt" au anomalii cromozomiale), boală hemolitică, postmaternitate. Dezlipirea placentară precoce şi nodozităţile cordonului ombilical pot cauza decesul fetal în travaliu. În 20% din cazuri cauza nu poate fi evidenţiată.

Diagnosticul Mama de obicei afirmă absenţa mişcărilor fetale. Zgomotele cardiace fetale nu sunt ascultabile (cu stetoscopul Pinard sau la cardiotocografie). Nu există nici o mişcare fetală (de ex. bătaie cardiacă) la ecograf.

Conduită Travaliul este indus administrând prostaglandine intravaginal; sau extraamniotic (doză variată în funcţie de răspunsul uterin). Ocitocina IV utilizată concomitent riscă traumatismul uterin sau cervical, şi de aceea este recomandabilă doar după întreruperea perfuziei extraamniotice cu prostaglandină.[2] Perfuzia cu ocitocină (p.121) "per se" poate fi utilizată pentru inducerea maturării colului uterin (scor Bishop ≥ 4, gestaţie ≥ 35 de săptămâni).[2] Amniotomia (centeza) este în mod tradiţional contraindicată deoarece există riscul inoculării ulterioare de germeni şi de infecţie.

Asigură analgezia adecvată în travaliu (dacă este epidurală, controlează dacă testele coagulării sunt toate normale). Mama trebuie să aibă un companion în cursul travaliului pentru spijin moral. Când copilul s-a născut acesta trebuie înfăşat la fel ca orice alt copil nou-născut şi trebuie oferit mamei pentru a-l vedea sau a-l îmbrăţişa - dacă mama doreşte astfel. Poate fi făcută o fotografie a copilului pe care mama să o ia acasă. Este dificilă susţinerea morală a mamelor care nu şi-au văzut copii născuţi morţi. Şi botezul copilului şi ţinerea serviciului funerar pot contribui de asemenea la împărtăşirea durerii prin care trece mama.

Conduita în sala de naştere (încercarea de stabilire a cauzei) Trebuie făcut un examen fizic amănunţit al nou-născutului mort şi fotografii clinice. Pregăteşte examenul *post-mortem* (necropsia) şi studiul histologiei placentare. Recoltează secreţii intravaginale profunde pentru bacteriologie. Recoltează sânge matern şi fetal pentru screening-ul TORCH (p.106). Recoltează sânge matern pentru testul Kleihauer, p.120 (detectează transfuzia fetomaternă - o cauză inexplicabilă de apariţie a nou-născuţilor morţi) şi anticorpi anticoagulanţi lupici.[2] Trebuie realizată examinarea sângelui fetal şi pielii pentru cromozomi.

După naştere Oferă suprimarea lactaţiei (bromocriptină 2,5 mg PO în ziua 1, apoi 2,5 mg /12 h PO timp de 14 zile). Fixează cu părinţii o întâlnire de supraveghere pentru a discuta cauzele decesului fetal prin prisma rezultatelor testelor prezentate mai sus. Trimite cuplul la "counselling-ul genetic". dacă acest lucru este indicat.

[1] E Letaky 1989 in *Obstetrics* Ed. G. Chamberlain, pag. 569, Blackwell

[2] V Tindall 1989 in *Progress in Obstetrics and Gynaecology* Vol.7 Churchill Livingstone.

În ajutorul părinţilor cu copii născuţi morţi

- Este necesar un *Certificat de Născut Mort* (eliberat de către un obstetrician), pe care părinţii trebuie să-l predea Registrului de Naşteri şi Decese în 42 de zile de la deces. Dacă părinţii sunt căsătoriţi, sau dacă ambii părinţi declară decesul copiilor, pe Certificat apare doar numele tatălui.
- Registratorul eliberează apoi un Certificat de Înhumare sau Incinerare pe care părinţii îl înmânează apoi antreprenorului de pompe funebre (dacă au ales o înmormântare privată - în care caz ei vor suporta costul înmormântării) sau administratorilor spitalului dacă au ales înmormântarea girată de spital - pentru care spitalul suportă cheltuielile. Părinţilor li se eliberează un Certificat de Înregistrare pentru a păstra numele copilului născut mort (dacă acesta a fost botezat), numele persoanei care a înregistrat decesul, şi data naşterii copilului.
- Spitalele sunt coordonate de către DSS să ofere înmormântări "girate de spital" pentru născuţii morţi (pregătite de către un antreprenor de pompe funebre). Dacă părinţii se oferă să plătească înmormântarea, spitalul poate accepta. Spitalul trebuie să le comunice părinţilor data înmormântării, pentru ca aceştia să participe dacă o doresc. În cazul înmormântării girate de spital este asigurat sicriul, iar înhumarea are loc adesea într-un mormânt comun pentru astfel de copii, într-o parcelă separată special, situată în cimitirul spitalului. Spitalul trebuie să informeze părinţii asupra localizării mormântului. Mormintele sunt marcate astfel încât dacă părinţii nu doresc să participe la înmormântarea copiilor lor, dar doresc să le viziteze mormintele ulterior, este recomandat să contacteze îngrijitorii cimitirului, pentru ca mormântul să fie temporar marcat. Părinţii pot cumpăra dacă doresc un mormânt unic (pentru un singur ocupant), pe care ulterior pot ridica un monument funerar. Spitalele pot pregăti incinerări, dar părinţii trebuie să plătească pentru asta.
- În afară de fixarea unei întrevederi de supraveghere cu obstetricianul pentru a discuta implicaţiile unei viitoare sarcini şi cauza (dacă este cunoscută) naşterii copilului mort, este util să se dea părinţilor adresa unei filiale locale a unei organizaţii pentru counselling în caz de deces al persoanelor apropiate, de ex. SANDS.[1] Durerea sufletească poate necesita o perioadă lungă de timp pentru a dispărea, iar părinţii pot găsi dificilă şi inutilă contactarea echipei medicale uzuale.
- Sunt frecvente problemele de ordin psihologic în rândul acelora care îşi asumă răspunderea unei noi sarcini în primele 6 luni de la decesul copilului. Recomandă o perioadă de aşteptare de 6 luni-1 an înainte de a începe o nouă sarcină.

Notă: În UK sunt plătibile după naştere de copil mort, drepturile financiare materne, alocaţia pentru maternitate şi ajutorul social pentru maternitate.

---

[1] SANDS (Stillbirth and Neonatal Death Society), 28 Portland Place, London WIN 4 DE UK (tel. 0171 436 5881).

Hemoragia post-partum (HPP)

HPP primară reprezintă pierderea de peste 500 ml sânge (definiţia variază) în primele 24h de la naştere. Această hemoragie se produce în aprox. 6% din naşteri. Cauze: atonie uterină (90%), traumatisme de tract genital (7%), tulburări de coagulare - p.158(3%).

Rata deceselor: 2/an în UK.

Factori ce presupun la contracţii uterine ineficiente. ● Antecedente de atonie uterină cu HPP. ● Retenţie placentară sau cotiledonată. ● Anestezie cu eter sau halotan. ● Implantare placentară largă (gemeni, incompatibilitate Rh severă, făt mare), placentă jos implantată, uter supradestins (polihidramnios, gemeni) ● Sânge extravazat în miometru (dezlipire placentară precoce) ● Malformaţii uterine şi fibromioame. ● Travaliu prelungit. Contracţii uterine ineficiente în stadiul al 2 lea al travaliului (de ex. la marile multipare). ● Traumatisme ale uterului şi colului uterin.

Conduită ● Administrează ergometrină 0,5 mg IV. ● Solicită ambulanţa (p. 98.) - dacă gravida nu este internată în spital. Administrează O_2 în flux crescut imediat ce acesta este disponibil. ● Instalează o canulă IV (o canulă cu diametru mare 2). ● Cheamă anestezistul[1] (o linie venoasă centrală ajută în ghidarea administrării de fluide, dar nu şi dacă instalarea ei întârzie instituirea celorlalte măsuri). ● Dacă este în stare de şoc administrează Haemaccel® sau sânge proaspăt izogrup ABO izo Rh (în urgenţă în absenţa testului de compatibilitate pe lamă), în ritm *rapid* până ce TA>100 mmHg şi diureza este >30 ml/h (cateterizează vezica urinară). ● Este placenta eliminată. Dacă da, este eliminată complet? Dacă nu, explorează uterul. Dacă placenta este completă, pune pacienta în poziţie de litotomie, asigură-i o bună analgezie şi o bună iluminare locală. Controlează existenţa eventualelor traumatisme şi corectează-le chirurgical. ● Dacă placenta nu a fost eliminată dar a fost separată, încearcă să o elimini prin tracţionarea controlată a cordonului ombilical după contracţie uterină stimulată manual. Dacă această manevră eşuează, roagă un obstetrician experimentat să îndepărteze placenta sub anestezie generală. Evită blocajul renal.

Dacă hemoragia continuă în ciuda măsurilor de mai sus administrează 10 unităţi de ocitocină în 500 ml soluţie glucoză în ser fiziologic de ex. la un ritm de administrare de 15 picături/min. Presiunea bimanuală pe uter poate reduce pierderile de sânge. Controlează dacă sângele se coagulează (5 ml de sânge trebuie să se coaguleze în 6 min într-un tub rotunjit (eprubetă) de 10 ml; recomandă testele uzuale: trombocite, indicele de protrombină, timpul de coagulare kaolin-cefalină, produşii de degradare ai fibrinei). Explorează uterul pentru o posibilă ruptură uterină. Dacă atonia uterină reprezintă cauza hemoragiei, şi circulaţia continuă să fie compromisă, administrează 250 µg de carboprost (15-metil prostaglandină

$F_2 \alpha$) de ex. Hemobate® 1 ml IM profund (max. 8 doze, fiecare la >15 min una de alta). ES: greţuri, vărsături, diaree, T crescută; (mai puţin frecvent astm, TA crescută, edem pulmonar).[1] Medicamentul opreşte hemoragia în aprox. 88%.[2] Rareori sunt necesare histerectomia sau ligatura de arteră iliacă internă pentru a opri hemoragia. Solicită recomandările unui hematolog în ceea ce priveşte substituirea factorilor de coagulare (plasma proaspătă congelată îi conţine pe toţi; crioprecipitatul are mai mult fibrinogen dar îi lipseşte antitrombina III).[1]

HPP secundară Reprezintă hemoragia excesivă de la nivelul tractului genital după primele 24 h de la naştere. Se produce de obicei între a 5-a şi a 12 -a zi de la naştere şi se datorează retenţiei de ţesut placentar sau de cheaguri. Infecţia secundară este frecventă. Involuţia uterină este incompletă. Dacă hemoragia este uşoară şi nu există nici un semn de infecţie, conduita poate fi conservatoare -dar în hemoragiile mai importante, sau retenţia produsului de concepţie sugerată ecografic ori un uter sensibil la palpare cu col uterin dilatat, necesită explorare. Realizează testul de compatibilitate pe lamă pentru 2 unităţi de sânge, preoperator. Administrează antibiotice (de ex. ampicilină 500 mg/6h IV, metronidazol 1g/12h PR) dacă există semne de infecţie. Chiuretează atent uterul (este uşor perforabil în această etapă). Trimite produsul de chiuretaj pentru histologie (exclude coriocarcinomul).

1 *Drug Ther Bul* 1992 30 89   2 A Merrikay 1990 *Am J Obst Gynecol* 162 205

Retenţia de placentă

Stadiul al treilea al travaliului durează în mod fiziologic 30 min. Datorită administrării ocitocicelor la naştere şi a tracţiunii controlate a cordonului ombilical, adică a instituirii conduitei active, al treilea stadiu al naşterii se termină în 10 min în 97% din travalii iar placenta neeliminată în următoarele 30 min, probabil că nu se va mai exterioriza spontan. Pericolul retenţiei placentare îl reprezintă hemoragia.

Conduită Dacă placenta nu se separă imediat, evită tracţiunea excesivă a cordonului ombilical - acesta se poate rupe sau se poate produce inversiunea uterină. Controlează dacă placenta nu este în vagin. Palpează abdomenul. Dacă uterul este contractil, placenta este probabil separată dar imobilizată la nivelul colului uterin. Aşteaptă relaxarea colului uterin, şi eliberează placenta. Dacă uterul este globulos separarea placentei poate eşua. Stimulează manual o contracţie uterină, pune copilul la sân (stimulează producţia de ocitocină) sau administrează mai mult Syntomatrine®, şi goleşte vezica urinară (o vezică urinară plină cauzează atonie). Dacă placenta tot nu se elimină, pregăteşte-te să o elimini manual (temporizarea poate precipita o HPP).

Eliminarea manuală a placentei Instalează o PIV şi fă testul de compatibilitate pe lamă pentru sângele ce urmează a fi transfuzat (de ex. 2U). Cheamă anestezistul. Manevra poate fi realizată sub anestezia epidurală dacă placenta este *in situ;* halotanul contribuie la relaxarea uterului. Obţine consimţământul pacientei. Cu mama în poziţie de litotomie, utilizând tehnica aseptică, plasează o mână pe abdomen pentru a fixa uterul. Inseră cealaltă mână prin colul uterin în uter. Urmând traiectul cordonului ombilical se localizează placenta. Folosind marginea cubitală a mâinii separă placenta de jur împrejur, cu mişcări blânde. Când este separată complet elimină placenta tracţionînd cordonul ombilical. Controlează placenta dacă s-a eliminat complet. Administrează ocitocice şi începe antibioticoterapia de ex. doxiciclină 200 mg stat, 100 mg/24h şi metronidazol 400 mg/8h PO.

Rareori placenta nu se va separa *(placenta acreta)* şi poate fi necesară histerectomia - realizată de către un specialist obstetrician.

▸▸Inversiunea uterină

Inversiunea uterină este rară. Se poate datora conduitei greşite a celui de-al treilea stadiu al travaliului, de ex. tracţiunea cordonului uterin pe un uter aton, şi o inserţie placentară la nivelul fundus-ului uterin. Poate fi complet exteriorizată sau parţială când uterul rămâne în vagin. Chiar şi în absenţa hemoragiei mama poate intra în stare de şoc profund.

Conduita Uşurinţa cu care se poate face repoziţionarea uterului depinde de durata de timp scursă de la apariţia inversiunii, deoarece la nivelul zonei de inversiune se formează un inel rigid. Când inversiunea este observată precoce înainte de instalarea şocului, repoziţionarea manuală poate fi posibilă.

Dacă şocul s-a instalat, instituie o perfuzie rapidă şi administrează soluţii coloidale sau sânge. Solicită ajutorul specialistului. Sub anestezie cu halotan relaxează uterul şi menţine uterul în vagin cu o mână. Introdu rapid doi litri de ser fiziologic călduţ intravaginal printr-un tub de cistoscopie (sau cu o pâlnie şi un tub) iar persoana care te asistă trebuie să menţină marile labii lipite în jurul antebraţului operatorului pentru a evita scurgerea lichidului. Presiunea hidrostatică a lichidului introdus trebuie să reducă uterul în poziţie normală. Odată ce inversiunea a fost corectată administrează ergometrină pentru a contracta uterul şi a preveni recurenţa acesteia.

▶▶CID şi tulburările de coagulare

Coagularea intravasculară diseminată (CID) se poate produce accidental în sarcină - sau în cazul retenţiei de făt mort (cu vârstă gestaţională de peste 20 de săptămâni, fătul fiind decedat de >1 lună); preeclampsie; dezlipire placentară precoce; şoc endotoxinic; embolia de lichid amniotic; *placenta acreta;* mola hidatiformă; şoc prelungit cu etiologie diversă.

Patogeneza CID -ului Pe măsură ce coagularea intravasculară se produce, tromboplastinele sunt eliberate în circulaţie, se consumă fibrina şi trombocitele. Teste: timpul de coagulare Kaolin-cefalină este crescut (scad factorii II, V, VII), fibrinogenul scade, produşii de degradare ai fibrinei cresc. În situaţiile în care este posibilă existenţa unui CID, recoltează sânge şi trimite-l la laborator pentru testele de compatibilitate pe lamă, trombocite, timp de tromboplastină parţială, timpul de coagulare accelerată a sângelui integral, timpul de protrombină, dozarea fibrinogenului şi a produşilor de degradare ai fibrinei. Rezultatele preliminare trebuie să fie disponibile în 30 min.

Conduita Se poate manifesta ca hemoragie importantă şi şoc, de aceea primele măsuri trebuie să corecteze şocul. ▶▶Administrează O_2 la un debit de 15 l/min pe mască perfect etanşă, cu rezervor. Instalează cel puţin 1, preferabil 2 litri prin perfuzie pe catetere cu diametru larg; recoltează sânge pentru testele de mai sus, administrează sânge proaspăt rapid (compatibilitatea grupului sanguin - să fie disponibilă în 5-10 min, sau sânge 0 Rh - dacă situaţia este disperată). Sângele conservat este deficitar în factori de coagulare. Administrează plasmă proaspătă congelată pentru a normaliza timpul de coagulare kaolin-cefalină şi timpul de protrombină. Trombocitele sunt indicate în cazul sângerării prelungite şi a numărului scăzut de trombocite. Calciul este uneori necesar pentru a contracara citratul din sângele conservat (de ex. 10 ml gluconat de calciu 10% în perfuzie, de ex. după 6U de sânge). Solicită recomandări de specialitate de la un hematolog. Afecţiunea este de obicei autolimitată dacă stimulul poate fi îndepărtat. În caz de moarte intrauterină şi dezlipire placentară precoce (p.118) eliminarea conţinutului uterin este modul de anihilare a stimulului, şi acest lucru trebuie făcut cât de prompt posibil.

Mortalitate < 1% în caz de dezlipire placentară precoce; 50 -80% dacă infecţia se asociază şocului.

Purpura trombocitopenică autoimună (PTAI) Anticorpii de tip IgG produc trombocitopenie (asociată cu creşterea numărului megacariocitelor la nivelul măduvei osoase) la mamă, şi datorită capacităţii de traversare a placentei, pot determina trombocitopenie şi la făt. Sunt afectaţi 52% dintre copii, cu o rată asociată a morbidităţii de 12%. 70% din copii sunt afectaţi dacă trombocitele materne sunt < 100×10^9/l. Exclude lupusul eritematos sistemic la mamă (trombocitopenia poate fi un mod de manifestare precoce); fă testul de legare a ADN MMC p. 672). Dacă trombocitele materne scad sub 20×10^9/l; 50×10^9/l în apropiere de termen,1 administrează steroizi. Evită splenectomia în timpul sarcinii (rata mortalităţii 10%). Imunoglobulina IgG 0,4 mg/kg IV timp de 5 zile este uneori utilizată în apropierea termenului, inducând remisiune maternă şi fetală, timp de maximum 3 zile, dar este extrem de scumpă. Orientează-te spre naşterea netraumatică atât pentru mamă cât şi pentru copil. Numărul de trombocite poate scădea mai accentuat în primele zile de viaţă, şi apoi să crească gradat în următoarele 4-16 săptămâni. Tratamentul nu este necesar numai dacă nu se are în vedere o intervenţie chirurgicală. Mortalitatea maternă datorată PTAI este acum neglijabilă, dar cea fetală rămâne constantă (se datorează hemoragiei cerebrale).

Sarcina asociată cu trombocitopenia Reducerea uşoară a numărului trombocitelor (100 - 150 x 10^9/l) în a doua jumătate a sarcinii nu este rară (7,6% la termen într-un studiu). Având consecinţe benigne, se remite spontan *post-partum*.

Embolia cu lichid amniotic

Această afecţiune asociată cu o mortalitate de până la 80% se manifestă cu dispnee subită, hipotensiune, anunţate în 20% din cazuri prin convulsii. 40% dezvoltă de asemenea CID, iar dintre cei care supravieţuiesc colapsului iniţial, 70% continuă să dezvolte edem pulmonar (sindromul detresei respiratorii a adultului, SDRA, MMC p. 350). Se poate produce un tip de reacţie anafilactică datorită lichidului amniotic (posibil anormal) din circulaţia maternă. *Se manifestă* clinic adesea la sfârşitul primului stadiu al travaliului sau la scurt timp după naştere, dar poate complica amniocenteza, sau terminarea sarcinii; uneori s-a produs chiar până la 48h *post-partum*. Anterior, s-a corelat această afecţiune cu hiperstimularea uterină (travaliul scurt al multiparelor şi administrarea de ocitocină). Această corelaţie poate fi doar anecdotică.

Conduita ▶Prima prioritate este prevenirea decesului datorat insuficienţei respiratorii. Administrează oxigen pe mască şi cheamă urgent anestezistul. Pot fi necesare intubaţia endotraheală şi ventilaţia asistată. Instalează o perfuzie IV pentru a contracara o eventuală CID. Tratamentul este în mod esenţial de întreţinere -paşii importanţi sunt detaliaţi mai jos. Diagnosticul poate fi dificil: exclude alte cauze importante de şoc obstetrical (p.116).

- Resuscitare cardiopulmonară -dacă aceasta este indicată.
- Administrează concentraţia maximă de O_2 disponibilă. Dacă este inconştientă ventilează şi administrează O_2 100%.
- Urmăreşte să nu apară suferinţă fetală.
- Dacă este hipotensivă, administrează fluide prin perfuzie rapid, pentru a creşte presarcina. Dacă hipotensiunea persistă consideră inotropii: dobutamina (un inotrop mai bun decât dopamina) de ex, cu doze cuprinse între 2,5 şi 10 µg/kg/min prin perfuzie.

Cateterizarea arterei pulmonare (cu cateter Swan-Ganz dacă este disponibil) facilitează adaptarea susţinerii hemodinamice.

- După corectarea hipotensiunii iniţiale, administrează fluide doar în funcţie de necesităţi pentru a evita edemul pulmonar datorat SDRA.
- Tratează CID cu sânge proaspăt integral sau masă trombocitară şi plasmă proaspătă congelată. Utilizarea heparinei este controversată, neexistând date suficiente care să certifice eficacitatea heparinizării de rutină.

Traumatismele nou-născuţilor în cursul naşterii

Suprapunerea oaselor craniului Este mai degrabă un fenomen natural decât un traumatism. Oasele craniului sunt capabile să se încalece reciproc (p.92) pentru a reduce diametrul craniului fetal. Modelarea poate fi evaluată prin gradul de suprapunere a oaselor la nivelul suturilor încălecate. Dacă suprapunerea este absentă, oasele craniene sunt palpate separat. În cazul suprapunerii uşoare, oasele doar se ating, apoi se pot încăleca dar pot fi reduse; în sfârşit se pot suprapune atât de mult că nu mai pot fi reduse. Suprapunerea excesivă apărută în cursul travaliului indică disproporţia cefalo-pelvică şi poate determina leziuni intracraniene.

Cefalhematomul Este o tumefiere *subperiostică* prezentă la nivelul capului fetal, limitele ei găsindu-se de aceea la nivelul suturilor (cel mai frecvent la nivelul oaselor parietale). Este fluctuant. Resorbţia spontană se produce, dar poate dura săptămâni şi poate cauza sau accentua icterul.

Caput succadanaeum Reprezintă o tumefiere edematoasă a scalpului superficială faţă de periostul cranian (care, de aceea, nu-i limitează extensia) şi rezultă din congestia venoasă şi exsudarea plasmei cauzate de comprimarea capului de către colul uterin şi segmentul inferior în cursul travaliului. De aceea tumefierea va fi prezentă în regiunea scalpului cu care apare prezentaţia. Când în travaliu este utilizată extracţia cu ventuză (vacuum-extractorul) sub cupa ventuzei se formează o tumefiere de acest tip şi de o mărime particulară.

Paralizia Erb Poate rezulta dintr-o naştere dificil de asistat, de ex. distocia umerilor. Braţul nou-născutului este flasc, iar mâna ia poziţia de "bacşiş al hamalului" ("porter's tip") (p.818). Exclude fractura de claviculă şi aranjează pentru fizioterapie. Dacă nu s-a remis în 6 luni, prognosticul este rezervat.

Hematomul subaponevrotic Colecţia hematică este situată între aponevroză şi periost. Deoarece un asemenea hematom nu este delimitat de marginile osului, colecţia hematică poate fi suficient de mare pentru a determina anemie şi icter. Acest tip de hematom este asociat cu vacuum-extracţiile.

Fracturile oaselor bolţii craniului Sunt asociate cu extracţii forceps dificile. Sunt cel mai frecvent produse la nivelul oaselor parietale şi frontale. Dacă fracturile cu înfundare sunt asociate cu semne neurologice, întreabă neurochirurgul dacă osul fracturat trebuie să fie elevat (repoziţionat).

Leziuni intracraniene Hemoragia intracraniană este asociată în special cu travalii dificile sau rapide, naşteri facilitate instrumental, şi prezentaţie pelvină. Prematurii în special sunt vulnerabili. În mod normal, un anumit grad de mobilizare a conţinutului intracranian este amortizat de către lichidul cefalo-rahidian. Modelarea excesivă şi schimbările bruşte ale presiunii reduc efectul de amortizare şi sunt asociate traumatismelor. În toate cazurile de hemoragie intracraniană controlează trombocitele nou-născutului. Dacă sunt scăzute, controlează sângele matern pentru anticorpi antitrombocitari (PLA1 system). Nou-născuţii rezultaţi din sarcinile ulterioare prezintă acelaşi risc. Este în curs de evaluare tratamentul matern cu imunoglobulină maternă IV.

Anoxia poate cauza hemoragie intraventriculară (p.274). Asfixia cauzează hemoragie intracerebrală (adesea peteşială) şi poate determina paralizia cerebrală. Pot apărea şi hemoragii extradurale, subdurale şi subarahnoidiene. Nou-născuţii pot avea convulsii, apnee, cianoză, paloare anormală, bradicardie, alterări ale tonusului muscular, agitaţie, somnolenţă sau mişcări anormale. Tratamentul este de susţinere şi expectativă. Vezi p.274 & p.276.

Epiziotomia şi rupturile perineale

Rupturile perineale Sunt clasificate în funcţie de amplasarea leziunilor produse. Rupturile perineale se produc mai probabil la naşterea copiilor cu dimensiuni mari, în travalii precipitate, la copii cu extremităţi cefalice insuficient flectate, distocie a umerilor, utilizarea forcepsului, sau în cazul existenţei arcului suprapubian îngust.

Rupturile labiale Acestea sunt frecvente şi pot fi foarte incomode, dar se vindecă rapid iar sutura lor este rareori utilă.

Rupturi perineale de gradul 1 Aceste rupturi sunt superficiale şi nu lezează musculatura. Necesită sutură numai dacă există sângerare locală marcată.

Rupturi perineale de gradul 2 Aceste dilacerări interesează musculatura perineală şi dacă sunt severe pot afecta şi sfincterul anal. Sunt corectate într-o manieră similară cu epiziotomia (vezi mai jos).

Rupturile perineale de gradul 3 Leziunile se extind prin mucoasa anală şi se pot extinde superior în rect. Corecţia chirurgicală este realizată de către un chirurg experimentat sub anestezie epidurală sau generală. Mucoasa rectală este reparată iniţial utilizând catgut, de la apexul rupturii până la joncţiunea muco-cutanată. Este intercalat apoi planul muscular. Mucoasa vaginală este apoi suturată. Capetele rupte ale sfincterului anal sunt apoziţionate (folosind sutura în forma cifrei "8"). În final tegumentul este suturat. Evită constipaţia postoperatorie prin utilizarea dietei cu conţinut ridicat de fibre şi administrarea de laxative.

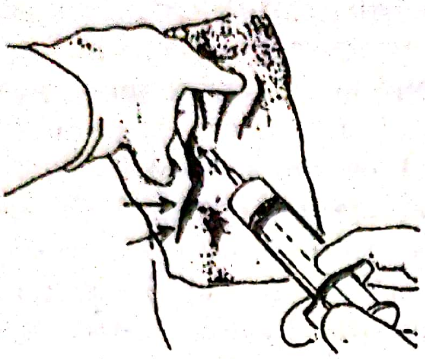
Epiziotomia Este realizată pentru a mări strâmtoarea inferioară, de ex. pentru a grăbi naşterea unui copil cu semne de suferinţă fetală, pentru naşterea instrumentală, sau în prezentaţie pelvină, pentru a proteja capul unui copil prematur, şi în încercarea de a preveni rupturile perineale de gradul 3 (dar frecvenţa rupturilor anale nu este redusă de epiziotomii realizate în cursul naşterilor normale).[1]

Ţesuturile incizate sunt epiteliul vaginal, tegumentul perineal, muşchiul bulbo-cavernos, muşchii perineali transvers superficial şi profund. În cazul epiziotomiilor largi, sfincterul anal extern sau ridicătorul anal pot fi parţial secţionate, şi grăsimea ischiorectală expusă.

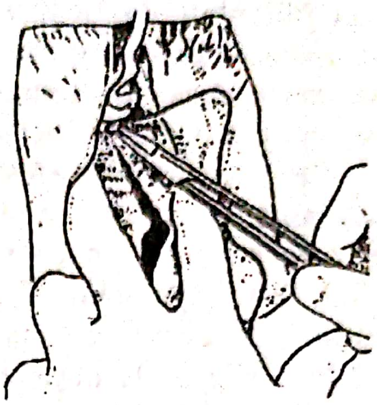
Tehnică: Fixează tegumentul perineal la distanţă de prezentaţie (cu 2 degete introduse intravaginal). Infiltrează viitoarea zonă de secţiune cu anestezic administrat local (de ex. lignocaină 1%). Menţinând degetele în vestibulul vaginal, secţionează lateral spre tuberozităţile ischiatice, începând medial (la ora 6), astfel evitând glandele Bartholin.

Corecţia chirurgicală (vezi diagramele de pe pagina opusă). NB: utilizează fire resorbabile, dar nu catgut impregnat cu glicerol (risc de dispareunie pe termen lung). În poziţie de litotomie, în condiţiile unei bune iluminări locale, separă iniţial mucoasa vaginală. Începe deasupra apexului folosind suturi interpătrunse, la 1cm una de alta, realizate la 1 cm de marginile secţiunii. Suturează strâns la nivelul joncţiunii mucocutanate a comisurii. Apoi suturează musculatura cu fire întrerupte pentru a oblitera eventualele spaţii libere. În final suturează tegumentul (firele subcutanate sunt mai comode decât cele întrerupte).

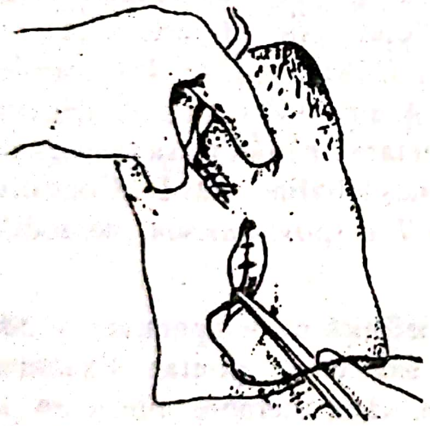
Probleme ale epiziotomiei: Hemoragie, infecţie şi dehiscenţa suturilor; formarea de hematom. Pentru confortul local sugerează pungi cu gheaţă, băi saline, uscarea perineului cu uscătorul de păr. Dispareunie superficială (p.78). Dacă labia mică este implicată în sutura cutanată, vestibulul vaginal rămâne prea îngust. Dacă straturile profunde sunt inadecvat suturate, vestibulul vaginal devine mai degrabă rotunjit, expunând vezica urinară la lovituri în timpul actului sexual.



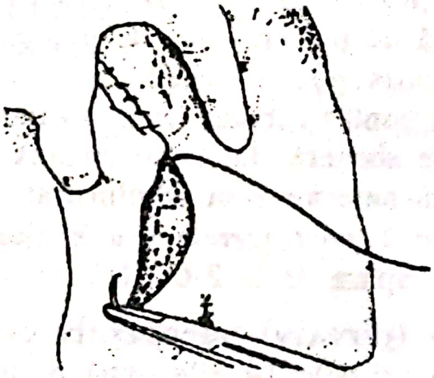
(1) Curăţă vulva şi perineul. Infiltrează cu 1% lignocaină (în direcţia săgeţilor).



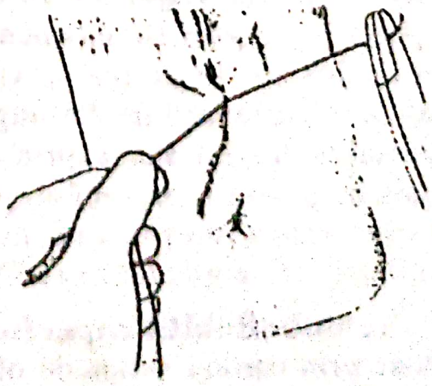
(2) Plasează un tampon ataşat de o bandă adezivă în partea superioară a vaginului. Aplică prima sutură deasupra vârfului tăieturii vaginale (nu prea profund pentru a nu leza mucoasa rectală aflată în apropiere).



(3) Uneşte marginile plăgii cu o sutură continuă prinsă la interval de 1cm. Fă un nod sub piele la nivelul orificiului vaginal. Realizează apoziţia muşchiului levator ani cu 2 sau 3 suturi întrerupte.



(4) Închide tegumentul perineal (printr-o sutură subcuticulară continuă).



(5) După terminarea suturilor retrage tamponul din interiorul vaginului şi examinează vaginul pentru a nu lăsa în urmă alte tampoane. Fă un tuşeu rectal pentru a verifica că suturile apicale nu au penetrat rectul.

Puerperalitatea

Durează 6 săptămâni *post-partum.* Uterul involuează de la o greutate de 1 kg la termen, la 100g. Uterul se palpează imediat *post-partum* la nivelul ombilicului; la 10 zile acesta trebuie să devină un organ pelvin. Durerile abdominale *post-partum* sunt resimţite (în special în timpul alăptării) deoarece uterul se contractă. Colul uterin devine ferm după 3 zile. Orificiul cervical intern se închide după 3 zile, iar cel extern după 3 săptămâni. Lohiile (descuamarea endometrială, hematii şi leucocite) sunt eliminate *per vaginam.* Au culoarea roşie *(lochia rubra)* în primele 3 zile, apoi devin galbene *(lochia serosa)* apoi virează spre alb în următoarele 10 zile *(lochia alba)* până la 6 săptămâni. Glandele mamare produc o secreţie lăptoasă şi colostrum în cursul ultimului trimestru. Laptele matern înlocuieşte colostrul la 3 zile de la naştere. Sânii devin tumefiaţi, eritematoşi şi sensibili la palpare datorită angorjării fiziologice la 3-4 zile *post-partum.*

În cursul primelor zile Dacă mama este Rh negativ administrează globulină anti-D (în primele 72 h, vezi p.134). Controlează T°, TA, sânii, membrele inferioare, labiile, înălţimea fundului uterin. Învaţă lehuza exerciţii pentru întărirea planşeului pelvin. Lohiile roşii persistente, involuţia uterină insuficientă sau HPP secundară (p.170) sugerează retenţia intrauterină de placentă sau de produs de concepţie. Hipertensiunea arterială susţinută poate necesita tratamentul (MMC p.254). ▶Controlează imunitatea pentru rubeolă. Administrează Almevax® 0,5ml SC dacă imunitatea este absentă, dar temporizează injectarea până la examinarea postnatală dacă anterior s-au administrat imunoglobuline anti-D. Controlează Hb în ziua 1 *post-partum* sau ≥ ziua a 7 a *(post-partum,* hemodiluţia fiziologică apare de la 2-6 zile).

Febra (pirexia) puerperală este definită ca temperatura > 38° C apărută în primele 14 zile după naştere sau avort spontan. Examinează complet lehuza, în aceste condiţii (torace, sâni, membre inferioare, lohii şi examen vaginal bimanual). Trimite MSU (UJM), tampoanele vaginale profunde, sânge şi spută la laborator pentru culturi microbiene. 90% din infecţii vor fi urinare sau ale tractului genital. Infecţiile perineale superficiale se produc în jurul celei de-a 2 a zi *post-partum.* Endometrita determină durere în etajul abdominal inferior, lohii cu miros neplăcut, uter sensibil la palpare (la examenul vaginal bimanual). Endometrita necesită antibiotice IV (vezi mai jos) şi chiuretaj uterin. Pentru mastită administrează flucloxacilină 250 mg/6h PO, precoce, pentru a preveni formarea abcesului. Suptul sau exprimarea manuală a secreţiei lactate trebuie să continue pentru a preveni stagnarea laptelui în canalele galactofore. Chiar şi când cauza pirexiei este inaparentă este înţeleaptă administrarea amoxicilinei 500 mg/8h/PO sau IV şi metronidazol 400 mg/8h/PO.

Tromboflebita superficială. Afectează 1% din femei, manifestându-se prin cordon venos de obicei varicos, dureros spontan şi la palpare.

Administrează antibiotice inflamatorii, de ex. indometacin 25 mg/8h PO pc. Aplică un bandaj şi ridică membrul afectat. Vindecarea se produce de obicei în primele 4 zile. *Tromboflebita profundă:* vezi p.167.

Psihoza puerperală (1:500 de naşteri): Este diferenţiată de depresia uşoară care adesea urmează naşterii prin accentuarea tendinţei la sinucidere, depresie severă; (p.391), manie, şi mai rar simptome de schizofrenie (p.418) cu false impresii că nou-născutul este malformat. Dacă este prezentă o reacţie acută (p.410), suspectează infecţia puerperală. *Tratament:* solicită ajutorul specialistului. Internarea într-o clinică de specialitate (cu copilul dacă este posibil) este obligatorie în cazul necesităţii tratamentului antidepresiv sau antipsihotic sau ECT (electroterapie) (p.402).

Examinarea postnatală la 6 săptămâni furnizează prilejul de a vedea cum se împacă mama cu copilul (care sunt relaţiile dintre mamă şi copil). Mamei trebuie să i se controleze TA, şi să i se recolteze Hb dacă este anemică postnatal. Examinarea vaginală pentru a vedea vindecarea locală *post-partum* nu este necesară; recoltează un frotiu cervical dacă acest lucru nu a fost făcut antenatal. Metoda contraceptivă aleasă (p.72) trebuie instituită de acum înainte (administrarea pilulelor contraceptive se face cel mai bine de la 4 săptămâni postnatal). Cuplul a reluat raporturile sexuale?

Fibroamele uterine în sarcină

Fibroamele 5/1000 din femeile caucaziene au fibroame în cursul sarcinii. Acestea sunt mai frecvente la femeile negre. Pot cauza avort spontan. Cresc în dimensiuni în cursul sarcinii - în special în trimestrul al 2 lea. Dacă sunt pediculate se pot torsiona. Degenerescenţa roşie se produce când tromboza vaselor capsulare este urmată de inflamaţia şi turgescenţa venoasă producând durere abdominală (± vărsături şi subfebrilităţi) şi semne de iritaţie peritoneală localizată - de obicei în a 2 a jumătate a sarcinii sau în puerperalitate.

Tratamentul este de expectativă (repaus la pat, analgezice) cu rezoluţie în 4-7 zile.

Majoritatea fibroamelor apar la nivelul corpului uterin şi de aceea nu obstrucţionează travaliul, deoarece pe parcursul sarcinii tind să se dezvolte în afara pelvisului. Dacă masele pelvine largi reprezentate de fibroame sunt observate anterior travaliului, trebuie planificată operaţia cezariană. Împiedicarea travaliului de către fibroame necesită de asemenea operaţie cezariană.

Tumorile ovariene

Se întâlnesc în aprox. 1/1000 din sarcini. Este mai uşoară evidenţierea lor (aşa cum sunt situate în fundurile de sac rectovaginale) când uterul este în anteversie decât în prezenţa uterului gravid, în retroversie. Suspectarea prezenţei unei asemenea tumori poate fi confirmată ecografic. Torsiunea chisturilor ovariene este mai frecventă în sarcină şi *post-partum* decât în alte situaţii. Ruptura chistului şi hemoragia intrachistică pot de asemenea să apară, dar nu sunt mai frecvente decât în alte situaţii. Torsiunea se manifestă cu durere abdominală, greţuri, vărsături, şoc, sensibilitate palpatorie locală (de obicei la 8-16 săptămâni). 2-5% dintre tumori sunt maligne. Suspectează tumorile maligne când există rupturile (apoi biopsiază şi celălalt ovar). Aprox. 25% din tumorile maligne vor fi disgerminoame.

Tumorile pot fi necrozate datorită compresiunii lor în travaliu. Tumorile situate în pelvis pot împiedica travaliul astfel încât operaţia cezariană va fi necesară dacă chisturile ovariene nu pot fi aspirate sub control ecografic înainte de debutul travaliului.

Chisturile simple asimptomatice < 5 cm pot fi netratate până după naştere dacă au fost supravegheate ecografic. Cele de 5-10 cm pot fi aspirate sub control ecografic (iar aspiratul examinat citologic).[1] Alte tumori (acelea care au aspect complex, multilocular, sau prezintă porţiuni solide la ecografie) trebuie îndepărtate la aprox. 16 săptămâni de sarcină (moment în care sarcina nu mai este dependentă de corpul luteal şi avortul spontan este mai puţin frecvent) pentru a exclude carcinomul ovarian şi a preveni apariţia complicaţiilor. Dacă diagnosticul este tardiv în sarcină şi tumora nu obstrucţionează pelvisul, de obicei se lasă travaliul să progreseze normal, şi se extirpă tumora *post-partum* precoce datorită riscului ulterior al torsiunii chistice.

[1] C Buckley 1989 *Br J Obstet Gynae* 96 1021

2. Obstetrică

Fibroamele uterine în sarcină
Tumorile ovariene

Tromboembolismul în sarcină

Tromboembolismul este important deoarece reprezintă una din cele 3 cauze principale de deces matern (în afară de eclampsie şi sângerare). Riscul tromboembolismului este crescut de 6 ori în sarcină şi este cunoscută o incidenţă globală de 0,3-1,6% din care 20-50% se produce antenatal. Este mai frecvent la femeile în vârstă, cu repaus prelungit la pat, şi după operaţia cezariană. Femeile cu anticorpi lupici riscă tromboza arterială şi venoasă (se poate produce în venele atipice, de ex vena portă, venele membrelor superioare).

Embolismul pulmonar Emboliile mici pot cauza febră inexplicabilă, tuse, dureri toracice, dispnee. Pleurezia trebuie să fie considerată secundară emboliei pulmonare numai în absenţa febrei ridicate şi a sputei purulente mai abundente. Embolii se mai manifestă prin colaps cu dureri toracice, dispnee şi cianoză. Poate apărea ulterior creşterea PVJ, al treilea zgomot cardiac, şi suflul parasternal.

Teste Rx toracică şi ECG pot fi normale (în afara de tahicardie, care reprezintă cel mai evident rezultat electrocardiografic). Modificările ECG ale amplitudinii unde S în deviaţia DI, şi a undei Q şi inversarea undei T în D III pot fi cauzate de sarcină "per se". Dozarea gazelor sanguine poate fi utilă ($P_aO_2 \downarrow$; $P_aCO_2 \downarrow$).

Scintigrafiile pulmonare ventilaţie/perfuzie sunt sigure în sarcină şi au valoare diagnostică.

Tratament. Embolii masivi pot necesita masaj cardiac prelungit şi considerarea embolectomiei arterei pulmonare. Administrează heparină 10 000 UI IV, apoi 1000-2000 U/h în perfuzie printr-o pompă cu ser fiziologic. Monitorizează APPT (MMC p.596). După 3-7 zile de heparină IV se va face alegerea între menţinerea pe termen lung a heparinei (de ex 10000 UI/12h/SC cu monitorizare atentă) sau warfarină (administrată între 13 şi 36 săptămâni de sarcină sau la >7 zile *post-partum).* Heparina are dezavantajul osteopeniei secundare administrării prelungite şi poate cauza trombocitopenie şi alopecie. Warfarina, totuşi este teratogenă (Sdr. Conradi - Huenerman p.838) şi necesită revenirea la heparină după 36 de săptămâni de gestaţie. Heparina *post-partum* este redusă la 7500 UI/12 h SC. Continuă timp de 6 săptămâni *post-partum* (sau în caz de tromboză postnatală, cel puţin 6 săptămâni).

Tromboflebita profundă Pentru semne şi simptome vezi MMC p.92 Adesea simptomele nu sunt bine individualizate. Investigaţiile paraclinice se fac prin venografie cu radionuclizi sau cu substanţă de contrast (ecografia are sensibilitate prea scăzută, iar fibrinogenul marcat cu 125 I trebuie evitat în sarcină). Tratamentul este reprezentat de administrarea de heparină pe tot parcursul sarcinii (ca mai sus) sau de warfarină. Controlul foarte atent cu estimări regulate ale INR este necesar atunci când se administrează warfarină.

Profilaxia Majoritatea obstetricienilor din UK utilizează profilaxia dacă a existat tromboembolism în cursul sarcinilor anterioare (şi unii o vor aplica dacă tromboembolismul s-a datorat pilulei contraceptive). Alţi obstetricieni susţin că riscurile asociate tratamentului cu heparină pe termen lung sau cu warfarină (vezi mai sus) sunt prea mari antenatal şi o administrează în această perioadă doar dacă vor proceda la administrarea de dextran IV în cursul travaliului, la inducerea artificială a travaliului sau vor recurge la operaţia cezariană (după ce s-a recoltat suficient sânge necesar pentru testul de compatibilitate pe lamă) iar apoi vor administra heparină 6 săptămâni *post-partum* sau heparină şi apoi warfarină (ca mai sus). Dextranul IV nu exclude folosirea anesteziilor epidurale. Heparina SC poate fi administrată şi când femeile au risc antenatal major datorat repausului prelungit la pat.

Tromboembolismul recurent Pacientele cu antecedente de tromboembolism în special dacă a fost arterial, cu localizări atipice sau cu antecedente obstetricale rezervate trebuie controlate serologic pentru a depista prezenţa anticorpilor anticoagulanţi lupici şi cardiolipinici. În caz de tromboză recurentă consideră alte cauze de susceptibilitate crescută la embolism: deficienţa de antitrombină III, deficienţa de proteină C, deficienţa de proteină S, formele de fibrinogen anormal şi homocistinuria.

Afecţiunile cardiace în sarcină

În timpul sarcinii debitul cardiac creşte până la un maximum de 30-40% peste nivelele din absenţa sarcinii. Acest lucru se datorează ↑ frecvenţei cardiace şi a volumului bătaie.

Afecţiunile cardiace interesează 0,5-2% din femeile gravide. Examinează cordul atent, la început, în toate sarcinile (ţine seamă de variaţia unor parametri asociată în mod normal cu sarcina, ca mai jos); dacă există dubii consultă-te cu un cardiolog: • Antecedente cardiace (de ex. cardiopatii congenitale, reumatism articular acut) • Boala Kawasaki în antecedente (actualmente o cauză mai frecventă de cardiopatie dobândită decât reumatismul articular acut). • Sufluri (altele decât cele prezentate mai jos).

Din decesele materne datorate cardiopatiilor 60% se produc *post-partum*. Insuficienţa cardiacă se poate produce în orice etapă a sarcinii dar riscul creşte pe măsura avansării sarcinii şi este maxim *post-partum* precoce.

Sindromul Eisenmenger (p.841), 1° hipertensiunea pulmonară, şi cardiopatiile cianogene inoperabile sunt asociate cu mortalitate maternă crescută, de aceea în asemenea cazuri recomandă evitarea sarcinii. Întreruperea sarcinii poate fi în aceste situaţii recomandabilă medical.

Solicită recomandările specialistului când supraveghezi paciente cu proteze valvulare ce necesită tratament anticoagulant. Administrarea de heparină înainte de concepţie până la 16 săptămâni poate menţine riscul de tromboză valvulară dar utilizarea warfarinei în această perioadă este asociată cu malformaţii fetale (p.840) şi risc crescut de avort spontan.

Conduita antenatală Vizite regulate la clinici de obstetrică ce beneficiază de cardiolog. Previne anemia, obezitatea şi fumatul. Asigură repaus suficient. Tratează hipertensiunea. Tratează precoce infecţiile. Administrează antibiotice de acoperire în cazul tratamentelor stomatologice. (MMC, p.314).

Examinează gravida atent pentru a exclude edemul pulmonar şi aritmiile în cursul tuturor acestor consultaţii. Insuficienţa cardiacă necesită internarea în spital.

Travaliul Dacă pacientele au anterior travaliului parametri cardiaci buni, riscurile complicaţiilor din cursul travaliului sunt minime. Pregăteşte-ţi la îndemână oxigen şi medicamente pentru tratarea insuficienţei cardiace. Evită poziţia de litotomie datorită creşterii întoarcerii venoase după travaliu (cea mai bună poziţie este cea semişezândă). Orientează-te către naşterea vaginală la termen cu stadiul al doilea scurt (forceps sau vid extractor). Administrează antibiotice de acoperire, de ex. ampicilină 500 mg IV şi gentamicină 80 mg IV repetate de două ori la interval de 8 ore, dacă există defect septal sau valvular. Analgezia trebuie să fie adecvată. Anesteziile epidurale sunt sigure dacă este evitată hipotensiunea. Evită administrarea IV a volumelor lichidiene crescute. Evită ergometrina. Nu trebuie tentată operaţia cezariană (cu excepţia eclampsiei), dacă pacienta prezintă insuficienţă cardiacă. Insuficienţa cardiacă apare mai frecvent în primele 24 h după naştere, de aceea acordă o atenţie specială lehuzei în acest interval.

Insuficienţa cardiacă. Simptomele şi semnele insuficienţei cardiace ce apar în cursul sarcinii vor necesita internare în spital, repaus la pat, şi tratament cu diuretice, şi în unele cazuri digoxin. Dacă se dezvoltă insuficienţa cardiacă acută, administrează oxigen 100%, aşază gravida în poziţie semişezândă şi administrează furosemid 40 mg IV lent (< 4 mg/ min), morfină 10 mg IV, şi aminofilină 5 mg/kg în perfuzie lentă (durata >15 min). Dacă nu există nici o ameliorare, consideră ventilaţia asistată. (Nu există nici o informaţie specifică asupra utilizării nitraţilor în travaliu).

Aritmiile *Fibrilaţia atrială:* Poate apărea în caz de stenoză mitrală. Necesită internarea în spital. Tratamentul similar cu cel din absenţa sarcinii şi poate include digitalizare şi cardioversie. *Tahicardia supraventriculară:* poate precipita insuficienţa cardiacă. Dacă manevra Valsalva şi masajul carotidian eşuează, anesteziază gravida şi fă-i cardioversie.

Semne cardiologice asociate cu sarcina care pot fi normale

- Amplitudinea pulsaţiilor periferice este crescută.
- Venele gâtului (jugularele) pulsează mai viguros (dar PVJ trebuie să nu fie crescută).
- Şocul apexian este mai puternic (dar la <2 cm lateral de linia medioclaviculară).
- Zgomotul cardiac I este întărit: în 84% din cazuri se poate asculta zgomotul III.
- Murmurul sistolic ejecţional este ascultat la 96% din gravide.
- Suflurile sistolice sau continui ascultate la 2 cm parasternal în spaţiile intercostale 2 pe D şi S, modificate prin presiunea aplicată asupra stetoscopului se datorează fluxului sanguin prin vasele mamare.
- Murmurul venos poate fi ascultat la nivelul gâtului (şi modificat cu poziţia).
- Rx toracică poate evidenţia cardiomegalia uşoară, accentuarea desenului vascular pulmonar, distensia venelor pulmonare datorate creşterii debitului cardiac.
- Undele Q şi T inversate în derivaţia DIII nu sunt anormale.

Anemia în sarcină

►Chiar şi o HPP minoră poate deveni periclitantă dacă mama este anemică.

Definiţia OMS a anemiei din cursul sarcinii Hb<11 g/dl. Conform acestui standard 20% din femei devin anemice. Unele scăderi ale Hb sunt fiziologice (p.86).

Care femei sunt susceptibile la anemie? Acele gravide care încep sarcina anemice de ex. datorită menoragiei, paraziţilor, malariei, hemoglobinopatiilor. În zonele endemice consideră malaria şi fă examen microscopic în picătură groasă. Vezi p. 176.

Tratament Sarcina creşte necesităţile de fier cu 700-1400 mg (pe sarcină), asigurate fiind prin creşterea de 9 ori a absorbţiei de fier induse de sarcină.[1] Administrarea de rutină zilnică de preparate de fier orale, nu s-a dovedit niciodată că ar oferi vreun beneficiu clinic[2] - ci este posibil să dăuneze[1]. Din acest punct de vedere trebuie să administrăm fier doar celor care probabil au deficienţă de fier (vezi mai sus). *Fierul parenteral* trebuie administrat (la gravidele cu anemie feripriva incapabile să tolereze preparatele per os) sub forma asocierii fier sorbitol acid citric 1,5 mg/kg IM zilnic (maximum 100 mg injecţie) precum în fişa medicamentului, cel puţin 24h după întreruperea administrării orale pentru a preveni reacţiile adverse toxice de tip migrenă, greaţă sau vărsături; sau doza întreagă în perfuzie sub formă de fier dextran (5%) sub supraveghere atentă; doza IV în ml = [0,0476 x greut. în kg) x (148 - Hb)]+ 16.

Întâi administrează o doză unică pentru testare. CI: astm, afecţiuni renale sau hepatice, pielonefrită în antecedente. Creşterea hemoglobinei se produce după 6 săptămâni, de aceea pentru anemia severă în apropiere de termen (Hb <9 g/dl) poate fi necesară transfuzia de sânge. O unitate de sânge creşte Hb cu aprox. 0,7 g/dl.

Thalasemia Aceste tulburări de sinteză a lanţurilor globinei sunt întâlnite la populaţiile mediteraneene, indiene şi din Asia de Sud - Es.. Deşi sunt anemice nu administra niciodată acestor femei fier parenteral deoarece sideremiile lor sunt crescute. Solicită recomandările specialistului dacă să administrezi preparate de fier orale sau folat. β-thalasemia nu afectează fătul dar la homozigoţi transfuziile regulate susţin supravieţuirea doar până la stadiul de adult tânăr. Există lanţuri α în HbF, de aceea în α-thalasemii fătul poate fi anemic, sau dacă aceasta este severă, născut mort. Mamele purtătoare de făt cu hidrops riscă preeclampsie severă, şi complicaţii la naştere datorate dimensiunilor fetale mari şi placentei voluminoase. Diagnosticul prenatal este posibil pentru thalasemiile anticipate prin studii hematologice parenterale.

Tulburări de siclizare pot interesa negrii de origine africană, arabii saudiţi, indienii şi populaţiile mediteraneene. **Prezenţa hematiilor falciforme** nu reprezintă de obicei o problemă. **Anemia falciformă**

(siclemia) predispune la avort spontan, naştere prematură, naştere de făt mort, crize hemolitice. Există o hemoliză cronică (de ex Hb 6 - 9 g/dl). Transfuziile regulate de 3-4 U la fiecare 6 săptămâni (de aceea apare problema dezvoltării anticorpilor atipici), previn crizele hemolitice. Infecţia poate induce crize hemolitice; rar deshidratarea le poate exacerba; tratează prin exsanguinotransfuzie (MMC p. 588) **Anemia falciformă (siclemia).** Nivelele Hb pot fi de obicei aproape normale astfel că femeile pot să nu-şi cunoască afecţiunea. Sunt încă susceptibile la crizele hemolitice în sarcină şi *post-partum*, astfel încât diagnosticul antenatal este esenţial.

▶Îndreptă-ţi atenţia spre diagnosticarea afecţiunii *la naştere* (sânge din cordonul ombilical) astfel încât profilaxia pneumococică cu penicilină să poată fi începută precoce (MMC p. 588).

1 JF Barett 1994 *BMJ* ii 79 2 US Preventive Force 1993 *JAMA* 270 2846

Diabetul în sarcină

▶Controlul meticulos în jurul datei concepţiei reduce rata malformaţiilor fetale.

Diabetul poate fi preexistent sau poate apărea în cursul sarcinii, glicozuria este frecventă (filtrarea glomerulară ↑ iar reabsorbţia tubulară a glucozei ↓. Nivelele glucozei materne în sarcină sunt în mod normal cvasiconstante (4-4,5 mmol/l) cu excepţia celor postprandiale. Glicemiile recoltate aleator pot fi utilizate pentru screening: nivele > 6,4 mmol/l dacă ultimul prânz a fost la < 2 h de recoltare sau nivele de > 5,8 mmol/l dacă ultimul prânz > 2 h de recoltare sunt considerate patologice. Recoltează două glicemii á jeun pentru a confirma diabetul (dacă >7,8 mmol/l), şi dacă sunt echivoce (de ex >6 - < 7,8 mmol/l) fă un test de toleranţă cu 75 g glucoză (MMC p.474).

Complicaţii *Materne:* Rate ↑ de preeclampsie (14,4%), polihidramnios (posibil datorat poliuriei fetale în 25%), naşterea prematură (17% - asociată cu polihidramnios). Naşterea de făt mort în apropierea termenului era frecventă.

Fetale: Rata malformaţiilor creşte de 3-4 ori. Agenezia sacrală, aproape exclusiv caracteristică urmaşilor mamelor diabetice, este rară (malformaţiile SNC şi SNV sunt mai frecvente). Nou-născuţii pot fi macrosomi (dimensiuni mai mari decât normal) sau uneori cu retard de creştere intrauterină şi sunt susceptibili postnatal la hipoglicemie, hipocalcemie, Mg^{2+}↓, şi detresă respiratorie (este întârziată producţia de surfactant). Copiii pot fi policitemici (de aici icterul neonatal mai frecvent şi mai intens).

Supravegherea antenatală Colaborează cu un diabetolog. Confirmă gestaţia prin ecografie precoce. Scintigrafie detaliată pentru detectarea malformaţiilor la 18 - 20 de săptămâni. Ecografie fetală la 24 de săptămâni. Educă gravida asupra beneficiilor normoglicemiei şi monitorizării echilibrului glicemic la domiciliu. Necesităţi de insulină ↑ (cu 50 - 100%). Un regim insulinic ce asigură normoglicemia utilizează Actraprid 20 min înainte de masă administrat cu Novopen® (p. 262) + o doză zilnică unică de Human Ultratard®. Dacă menţinerea unei glicemii normale acasă nu este posibilă pacienta trebuie internată. Evită hipoglicemiantele orale. Monitorizează creşterea fetală şi starea de sănătate a fetusului cu ajutorul ecografiei şi cardiotocografiei.

Naşterea Programarea acesteia trebuie să ţină seama de controlul diabetului, preeclampsie, maturitatea şi dimensiunile fătului, atenţia fiind îndreptată şi spre starea generală fetală. Naşterea înainte de 38 de săptămâni poate determina detresă respiratorie neonatală. Instituie naşterea acolo unde există bune facilităţi neonatologice. Tradiţional, naşterile erau declanşate între 36-38 de săptămâni pentru a evita naşterea unui copil mort; actualmente sub supraveghere atentă sarcinile se pot apropia (dar nu pot depăşi) de termen.

În timpul travaliului Evită cetoacidoza şi monitorizează fătul (p.128). Evită hiperglicemia maternă (determină hipoglicemia fetală). Monitorizează glicemia, previne hiperglicemia suplimentând insulina dacă în travaliul prematur sunt folosite β-simpatomimeticele sau glucocorticoizii). Orientează-te spre naştere pe cale vaginală cu un travaliu de sub 12h. Evită distocia umerilor la copii macrosomi. În cazul naşterii declanşate artificial administrează doza de insulină normală în seara ce precedă inducerea. În timpul travaliului administrează 1 litru de glucoză 7,5 % /8h PIV (de ex, 50 ml glucoză 50% într-un litru de glucoză 5%) cu 1-2 U insulină/h printr-o pompă. Menţine glicemia între 4,5-5,5 mmol/l. Controlează glicemia la fiecare oră. Necesităţile insulinice scad în cursul travaliului. Pregăteşte operaţia cezariană dacă travaliul este prelungit. Necesităţile insulinice scad imediat *post-partum*. Revino la regimul insulinic din afara sarcinii la 24h *post-partum*. Colaborează cu pediatrul pentru ca nou-născutul să nu fie afectat de problemele mai sus menţionate.

Postnatal

● Hipoglicemiantele orale sunt contraindicate în alăptare. ● Încurajează counselling-ul preconcepţional *înaintea* sarcinii următoare (p.100) pentru transferul terapeutic către insulină. ● Fă un test de toleranţă la glucoză *post-partum*. Aprox. 5% din pacientele cu diabet gestaţional vor fi insulinodependente în <5 ani (risc mărit la vârste <30, non-obeze, absenţa antecedentelor familiale, şi pentru primele sarcini)[1]. 50% vor dezvolta diabet zaharat non-insulinodependent în <10 ani.

▶Recomandând activitatea fizică şi evitând obezitatea şi fumatul se diminuează acest risc.

Afecţiunile tiroidiene şi sarcina

În timpul sarcinii

- Thyroid binding globul ↑; eliminări tiroidiene crescute de T_4 pentru a menţine constante nivele de T_4 liber.
- Nivelele ridicate de HCG mimează hormonul tireotrop stimulant (TSH).
- Disponibilitate redusă de iod (în zonele cu deficit de iod).

Hipertiroidismul De obicei este reprezentat de boala Graves. Severitatea hipertiroidismului de obicei scade pe parcursul sarcinii deoarece nivelele serice ale anticorpilor antireceptor pentru tirotropină (TRAb) scad şi ele. Exacerbările tranzitorii se pot produce în primul trimestru de sarcină şi *post-partum*. În UK tratamentul este de obicei cu carbimazol. Odată ce afecţiunea este sub control, menţine doza la ≤ 10 mg/24h PO, doză ce are ca scop situarea valorii T_4 la limita superioară a normalului. Propiltiouracilul este preferat *post-partum* în caz de alăptare, deoarece realizează concentraţii mai mici în laptele matern. Controlează nivelele de TRAb la toate gravidele cu antecedente de afecţiuni Hashimoto sau Graves -nivelele serice ridicate determină hipotiroidismul fetal şi neonatal: blocarea acestor anticorpi produce hipotiroidism.

Hipotiroidismul Este rar, deoarece este asociat cu infertilitate relativă. În hipotiroidismul netratat există rate crescute de avort spontan, naştere de făt mort, şi malformaţii[1]. Necesităţile de T_4 cresc până la 50%. Deoarece doza de substituţie în absenţa sarcinii este de obicei aprox. 100µg/24h PO, este recomandabil ca în sarcină aceasta să fie crescută la 200µg cu confirmarea substituţiei competente prin dozarea T_4 şi TSH[1].

Tiroidita post-partum Prevalenţă: aprox. 5%. Există un hipertiroidism tranzitoriu iniţial urmat de hipotiroidism (manifestat la 4-5 luni *post-partum*). 40% din pacientele afectate dezvoltă insuficienţă tiroidiană permanentă şi 25% dintre pacientele cu afectare tranzitorie devin hipotiroidiene 3-4 ani mai târziu. Anticorpii TRAb sunt absenţi. Etapa de hipotiroidism este monitorizată timp de 6 luni, iar femeile afectate primesc tratament dacă devin simptomatice. Hipotiroidismul poate fi asociat cu depresie psihică *post-partum*, de aceea controlează statusul tiroidian la lehuzele cu depresie *post-partum*.

---

[1] R Hall 1993 *Br J Obstet Gynae* 100 512

Icterul în sarcină

Icterul apare în 1:1500 sarcini. Hepatita virală şi litiaza biliară pot determina icter în sarcină, investigaţiile fiind similare cu cele în absenţa sarcinii. Pacientele cu sindrom Gilbert sau Dubin-Johnson (MMC p. 698, 702) au un prognostic bun al sarcinii, deşi icterul poate fi exacerbat de către sindromul Dubin-Johnson.

Icterul colestatic în sarcină Pruritul şi icterul uşor (bilirubină <100 μmol/l) se produce în a doua jumătate a sarcinii. Transaminaza oxalacetică (TGO) plasmatică este uşor crescută (<250U/l). Există riscul suferinţei fetale, şi decesului perinatal, de aceea monitorizează starea fetală şi consideră naşterea indusă artificial de ex la 37 de săptămâni dacă există semne de compromitere fetală. Monitorizează timpul de protrombină şi administrează vitamina K dacă acesta este prelungit. Administrează vitamina K la nou-născut imediat după naştere. Icterul se remite în 4 săptămâni *post-partum*. Este o contraindicaţie pentru pilula contraceptivă conţinând estrogeni şi reapare în 40% din sarcini.

Degenerescenţa grăsoasă acută a ficatului Este rară dar are un prognostic grav. Mama dezvoltă durere abdominală, icter, migrenă şi vărsături. Apare de obicei după 30 de săptămâni. Există steatoză hepatică cu microvacuole de grăsime în hepatocite. Are icter intens, uremie, hipoglicemie severă prelungită şi diateză hemoragică. Dacă e severă atunci insuficienţa hepatică, renală şi de coagulare produc comă şi deces. Administrează tratament de susţinere pentru insuficienţa hepatică şi renală, corectează hipoglicemia în mod susţinut printr-o linie venoasă centrală. Corectează tulburarea de coagulare cu vitamina K şi plasmă proaspătă congelată. Declanşează artificial naşterea. Anestezia epidurală este contraindicată. Evită HPP şi hipoglicemia neonatală. Mortalitatea poate fi 18% maternă şi 23% fetală.

Alte cauze de icter caracteristice sarcinii

- Asociat cu preeclampsia severă (se poate produce ruptura hepatică).
- Rareori complică hyperemesis gravidarum (poate fi fatal).
- Hepatita toxică se poate produce dacă halotanul este utilizat pentru anestezie; de aceea utilizarea lui trebuie evitată.

Hepatita B Controlează Ag-HBs la toate femeile cu icter. Echipa care asistă naşterea trebuie să-şi ia precauţiile necesare evitării contactului în timpul naşterii cu sângele celor care sunt pozitive, acordând o atenţie specială manipulării instrumentelor medicale ascuţite (cu margini tăioase). Imunoglobulina specifică pentru hepatita B trebuie administrată la naştere nou-născuţilor din mame afectate, şi la naştere, 1 lună şi 6 luni trebuie să li se administreze şi vaccinul antihepatită B (Engerix-B®). Oferă vaccinul *întregii* familii.

Hepatita E Cauzează mortalitate maternă în 20-39 %, MMC, p. 209.

Malaria în sarcină

▶În cazul oricărei femei care prezintă un comportament anormal, febră, transpiraţie, CID, semne de suferinţă fetală, travaliu prematur, crize comiţiale, sau pierderi ale conştienţei, întreabă-te totdeauna "Ar putea avea malarie?"

Teste Fă examenele microscopice pe frotiu întins şi în picătură groasă conform indicaţiilor acestora. Confirmă sau exclude sarcina, solicită ajutorul specialistului (de ex, de la Liverpool, vezi mai jos).

Malaria poate fi în mod particular periculoasă în sarcină, cu complicaţii severe ce apar mai frecvent, în special la persoanele non-imune. În unele zone, cum ar fi Thailanda, malaria reprezintă principala cauză de mortalitate maternă. Malaria cerebrală are o mortalitate de 50% în sarcină. Autotransfuzia placentară care se produce în al treilea stadiu al travaliului poate determina apariţia edemului pulmonar fatal. Hipoglicemia poate fi caracteristică malariei în sarcină (indiferent dacă s-a administrat chinină)[1].

Alte asocieri între malarie şi sarcină sunt anemia, avortul spontan, naşterea de făt mort, dismaturitatea şi prematuritatea. HPP este de asemenea frecventă.

Tratamentul malariei este cel descris în MMC p. 196. Cloroquina şi chinina (în doze complete) par a fi sigure în sarcină, dar fii atent la hipoglicemie. Pentru malaria determinată de *P. falciparum,* îndreaptă-ţi atenţia asupra administrării de chinină deoarece rezistenţa la cloroquină este larg răspândită. Mefloquina poate fi administrată în trimestrele al doilea şi al treilea pentru tratamentul formelor necomplicate de malarie cu *P. falciparum.*

Transferă gravida mai bine mai precoce decât tardiv la ITU. Gravidele cu hematocrit <20% trebuie să primească o transfuzie lentă, cu masă eritrocitară, sau dacă există compatibilitate şi dacă este disponibil, cu sânge proaspăt lipsit de agenţi patogeni. Aminteşte-ţi să incluzi şi volumul de masă eritrocitară în calculul echilibrului hidric. Exsanguinotransfuzia poate fi necesară dacă facilităţile pe care aceasta le implică sunt disponibile.

În timpul travaliului, anticipează suferinţa fetală, dezechilibrele hidrice şi hipoglicemia. Monitorizează adecvat mama şi copilul.

Profilaxia este de importanţă centrală. Recomandă mamelor să evite călătoriile în zonele endemice pentru malarie. Dacă acest lucru este inevitabil, prescrie profilaxie (MMC p.196). Subliniază importanţa măsurilor profilactice cum ar fi plasele pentru ţânţari sau insecticidele de tip (repellent). Cloroquina şi proguanilul sunt utilizate în doze normale, dacă tulpinile de *P. falciparum* sunt sensibile - dar în condiţiile administrării proguanilului trebuie administrate concomitent suplimente de folat.

Maloprim® (dapsonă+pirimetamină) este contraindicat în primul trimestru; dacă se administrează în trimestrul doi sau trei, trebuie asociat cu suplimente de folat.

Mefloquinul trebuie evitat din administrarea profilactică (exclude sarcina înainte de administrare şi evită sarcina timp de 3 luni după administrare).

▶Când există îndoieli, cel mai bine contactează telefonic un specialist, de ex. în UK, din Liverpool (tel 051 708 9393).

[1] H Gilles 1992 *Management of Severe and Complicated Malaria*, WHO, Geneva

Afecţiunile renale şi sarcina

▶Tratează bacteriuria asimptomatică în sarcină. Controlează dacă infecţia şi bacteriuria dispar prin tratament.

Bacteriuria asimptomatică. Apare la 20% din femeile active sexual, şi este mai frecventă (până la 7%) în cursul sarcinii. Datorită dilatării calicelor şi ureterelor care apare în sarcină, 25% din bacteriurii se vor transforma în pielonefrite. Pielonefritele pot cauza întârziere în creşterea fetală, deces fetal sau naştere prematură. Acesta reprezintă argumentul forte pentru screening-ul bacteriuriei aplicat tuturor gravidelor la luarea în evidenţă. Dacă bacteriuria este prezentă în 2 UJM este administrat tratament (de ex. amoxicilină 250 mg/8h PO cu aport lichidian crescut). Testează eficacitatea tratamentului după 1-2 săptămâni. Dacă germenul nu este sensibil la amoxicilină, consideră nitrofurantoina 50 mg/6h PO în timpul meselor.

Pielonefrita Se poate manifesta ca alterare uşoară a stării generale, asociată cu polakiurie, sau printr-un tablou mai zgomotos incluzând ascensiuni termice, tahicardie, vărsături şi durere în lombe. Este frecventă la aproximativ 20 săptămâni şi *post-partum.* Infecţiile urinare trebuie totdeauna atent excluse la pacientele cu hyperemesis gravidarum şi la cele internate pentru naştere prematură. Tratamentul este reprezentat de repaus la pat şi aport hidric crescut. După urocultură şi hemocultură administrează antibiotice IV (de ex ampicilină 500mg/6h IV, sau în funcţie de antibiogramă) dacă acestea nu pot fi administrate pe gură (de ex, vărsături). UJM trebuie controlate la fiecare 2 săptămâni pe toată durata sarcinii. 20% din femeile cu pielonefrită în cursul sarcinii au anomalii de tract renal, ce reprezintă substratul acestei infecţii şi de aceea trebuie considerate UIV sau ecografia renală la 12 săptămâni *post-partum.* La pacientele cu infecţii repetate, nitrofurantoina (100 mg/12-24h PO în timpul meselor) poate preveni recurenţele. Evită nitrofurantoina dacă rata filtrării glomerulare este sub 50ml/min. EA: vărsături, neuropatie periferică, infiltrare pulmonară şi leziuni hepatice.

Afecţiuni renale cronice În condiţiile existenţei unei afectări renale uşoare fără hipertensiune, există dovezi insuficiente care să arate că sarcina accelerează tulburările renale preexistente. Pacientele cu anemie marcată, hipertensiune, retinopatie sau proteinurie masivă trebuie să evite sarcina deoarece se pot aştepta la accentuarea deteriorării funcţiei renale, iar incidenţa pierderii sarcinii este considerabilă (până la 60%). Colaborarea strânsă între generalist şi obstetrician în timpul sarcinii în cazul pacientelor cu afecţiuni renale reprezintă un ţel major. Inducerea artificială a naşterii poate fi recomandabilă la gravidele cu hipertensiune şi proteinurie, sau dacă creşterea fetală este încetinită.

Cauze obstetricale ale necrozei tubulare acute Necroza tubulară acută poate fi o complicaţie obstetricală în următoarele situaţii:

- Septicemie (de ex datorită avortului septic sau pielonefritei)
- Hemoliza (de ex. crizele de siclizare, malaria)
- Hipovolemia de ex în preeclampsie; hemoragie (APH de ex. dezlipire placentară precoce, HPP, sau *intra-partum*); CID; avortul spontan -sau insuficienţa suprarenaliană la gravidele sub corticoterapie care nu-şi primesc dozele de acoperire în cursul travaliului.

Ori de câte ori eşti confruntat cu asemenea situaţii monitorizează atent diureza (prin cateterizarea vezicii urinare). Obiectivul este menţinerea diurezei >30 ml/h. Monitorizează funcţia renală (U & E, creatinină). Poate fi necesară dializa (MMC p.390).

Epilepsia în sarcină[1]

▶Dacă în sarcină apar convulsii, gândeşte-te *"Ar putea fi ele o manifestare a eclampsiei"?*

Epilepsia *de novo* este rară în sarcină. Epilepsia afectează aprox. 0,5% din femeile de vârstă fertilă, astfel încât o maternitate cu 3000 de naşteri pe an va avea aprox. 15 femei epileptice în evidenţă la orice moment al timpului. Incidenţa convulsiilor în sarcină este crescută la aprox. 25% din femeile epileptice, redusă la aprox. 22% şi constantă la restul. Când creşte incidenţa convulsiilor aceasta este adesea asociată cu lipsa complianţei faţă de medicaţie sau cu diminuarea duratei somnului. Recurenţa convulsiilor după o perioadă lungă de acalmie este obişnuită în cursul sarcinii.

Modificări patologice Epilepsia maternă (nu şi cea paternă) este asociată cu malformaţii fetale, în principal cu despicătura labio-palatină. Riscul relativ pentru un făt de a prezenta aceste malformaţii comparativ cu populaţia non-epileptică este 1 dacă mama dezvoltă epilepsie după sarcină; 2,4 dacă ea o dezvoltă după concepţie dar este netratată cu medicaţie adecvată; şi 4,7 dacă fătul a fost expus la medicamente anticonvulsivante. Copiii mamelor epileptice sub tratament sunt de două ori mai susceptibili să dezvolte un anumit tip de malformaţie, determinând o rată malformativă de 6%; (o şansă de 94% ca mama să nască un copil normal). Malformaţiile sunt mai frecvente când mama ia mai mult de un medicament anticonvulsivant. Incidenţele defectelor de tub neural sunt mai mari în cazul administrării carbamazepinei şi valproatului sodic, de aceea screening-ul este recomandabil (p.186).

Conduită Dacă o femeie a avut o perioadă de remisiune a convulsiilor de 2-3 ani, cel mai bun lucru este încercarea de suprimare a medicaţiei înaintea unei sarcini planificate[1]. Pentru regimul terapeutic de suprimare recomandat de MRC (Medical Research Council), vezi MMC p.451).

Acolo unde sunt necesare anticonvulsivantele, doza medicamentului ales trebuie menţinută la nivelul minim posibil. Monitorizarea plasmatică este necesară pentru că nivelele plasmatice pot scădea (în particular în trimestrul al treilea de sarcină). Este necesară interpretarea atentă a concentraţiilor plasmatice de fenitoină deoarece concentraţiile fenitoinei libere pot rămâne constante în ciuda scăderii celor ale fenitoinei legate. Trebuie administrate suplimente de folat asociate fenitoinei şi fenobarbitonei, suplimentele în doze mici (aprox. 500 (μg/zi) par a fi suficiente. Regimurile terapeutice pentru *status epilepticus* sunt similare cu cele aplicate în absenţa sarcinii, dar în plus este necesară monitorizarea fetală. Copiii proveniţi din mame ce iau fenobarbitonă, fenitoin şi valproat sodic au risc major de hemoragii neonatale -de aceea administrează vitamina K la aceşti copii de la naştere (p.286).

Nou-născuţii vor elimina postnatal anticonvulsivantele din sânge, cu ritmuri diferite. Nou-născuţii pot suferi datorită sevrajului la barbiturice manifestându-se prin hiperexcitabilitate, tremurături, supt afectat, şi ocazional crize convulsive. De obicei asemenea copii necesită doar supraveghere, dar dacă tremurăturile sunt accentuate sau prezintă crize convulsive, li se poate administra fenobarbitonă 3 -5mg/kg/zi.

Poate fi necesară readaptarea *post-partum* a medicaţiei anticonvulsivante. Mamele îşi pot alăpta copiii în condiţii sigure dar fenobarbitona este cel mai bine de evitat la mamele care alăptează, dacă este posibil, pentru că poate cauza somnolenţă şi sedare la nou-născut.

---

[1] A Hopkins 1989 *Medical Disorders in Obstetric Practice,* 2 ed, pag. 734 - 745, Blackwell Scientific Publications.

Mortalitatea perinatală

Rata mortalităţii perinatale reprezintă numărul de nou-născuţi morţi şi decedaţi în prima săptămână de viaţă la 1000 de naşteri. Nou-născuţii morţi includ doar acei fetuşi cu vârstă gestaţională > de 24 săptămâni; dacă un făt < 24 de săptămâni este născut şi apoi prezintă semne de viabilitate, este încadrat în UK ca deces neonatal şi este numărat ca atare (dacă decesul s-a produs în primele 7 zile de viaţă). Alte state utilizează criterii de clasificare diferite - incluzând născutul mort de la vârsta gestaţională de 20 de săptămâni iar decesele neonatale în primele 28 de zile postnatal, de aceea nu este totdeauna uşoară compararea datelor statistice.

Mortalitatea perinatală este influenţată de mai mulţi factori. Ratele mortalităţii sunt ridicate pentru *copiii cu greutate mică* la naştere (61% din decese apar la copiii cu G <2500 g) şi la copiii prematuri (70% din decese se produc la 5% din prematuri). Vezi p.112 & p.208. *Variaţia regională* în UK este destul de semnificativă cu rate ale mortalităţii pentru regiunea Oxford considerabil mai mici decât cele pentru regiunea Merseyside. Există *o variaţie în funcţie de clasa socială* cu rate mai scăzute la clasele sociale 1 şi 2 decât la clasele 4 şi 5. *Mamele adolescente* au rate mai ridicate decât cele cu vârste cuprinse între 20-29 de ani. De la vârsta de 30 de ani ratele cresc până devin de 3 ori mai mari în jurul vârstei de 40-45 de ani (faţă de cele ale grupului cu risc minim 20 - 29 de ani). La *al doilea copil* ratele mortalităţii sunt minime. Ratele mortalităţii se dublează la al 4-lea şi al 5-lea copil şi se triplează la al 6-lea şi la al 7-lea (acest efect nu este independent de clasa socială deoarece mai multe femei din clasele sociale mai joase au mai mulţi copii). Ratele mortalităţii sunt mai scăzute pentru *sarcinile unice* decât pentru cele multiple. Ratele sunt mai ridicate pentru urmaşii mamelor de origine din *Bangladesh* şi *Indiile de Vest* ce trăiesc în Regatul Unit, dar sunt similare pentru cele de origine pakistaneză şi engleză.

Ratele mortalităţii perinatale au scăzut în UK de-a lungul anilor de la 62,5/1000 în 1930-5 la 12-14/1000 acum. Scăderea mortalităţii reflectă îmbunătăţirea nivelului de trai, a sănătăţii materne şi scăderea parităţii, cât şi ameliorarea asistenţei medicale. Principalele cauze de deces sunt reprezentate de malformaţiile congenitale (22%), hipoxia neîncadrabilă (18%), afecţiuni placentare (16%), complicaţii la naştere inclusiv cele legate de cordonul ombilical (11%) afecţiuni materne şi toxemie (8%).

Exemple de modalităţi de reducere a ratei mortalităţii prin modificări ale asistenţei medicale sunt reprezentate de următoarele:

● Detecţia antenatală şi întreruperea sarcinilor ce prezintă malformaţii fetale.

● Reducerea manipulărilor prezentaţiei şi a naşterii vaginale în prezentaţia pelvină.

- Detecția antenatală a *placentei praevia*.
- Prevenirea incompatibilității Rh.
- Prevenirea progresiei nașterilor premature.
- Controlul mai bun al diabetului zaharat la mamele afectate.
- Monitorizarea antenatală a sarcinilor "cu risc".

În timp ce principala provocare rămâne reducerea mai accentuată a morbidității și mortalității, acest lucru nu trebuie să ne orbească față de alte probleme care rămân, cum ar fi "supra-medicalizarea" nașterii; problema reconcilierii dorințelor materne de a-și autoasista nașterea cu necesitățile imediate ale nou-născutului; și problema explicării riscurilor și beneficiilor în termeni pe care ambii părinți să-i înțeleagă, astfel încât ei să se integreze algoritmului decizional.

Mortalitatea maternă

Mortalitatea maternă este definită în UK ca decesul mamei ce s-a produs, în sarcină, sau în travaliu sau ca o consecinţă a sarcinii în primul an după naştere sau avort. Federaţia Internaţională de Ginecologie şi Obstetrică exclude din această definiţie decesele survenite la mai mult de 42 de zile de la naştere sau avort. Decesele materne sunt subîmpărţite în cele datorate unor "cauze directe" - acelea în care cauza decesului este direct atribuită sarcinii (de exemplu avortul, eclampsia, hemoragia) - şi decese datorate unor cauze asociate. Decesele asociate se subdivid în "decese indirecte" - care rezultă din afecţiuni existente anterior sarcinii sau dezvoltate în cursul sarcinii, care nu se datorează direct unor cauze obstetricale, dar au fost agravate de către sarcină (de ex. cardiopatiile). Celălalt subgrup - "decesele fortuite" - sunt acelea ce se produc în cursul sarcinii sau *post-partum* dar nu sunt corelate cu sarcina.

Din 1952 au existat anchete confidenţiale asupra decesului matern. La fiecare 3 ani sunt comunicate rezultatele acestora. Din 1979 decesele tardive (la > 42 de zile de la naştere sau avort) au fost încadrate într-un grup separat. Anterior lui 1979, ca rezultat al acestor anchete epidemiologice o anumită proporţie de decese a fost considerată că ar fi avut cauze evitabile (acest termen a fost utilizat pentru a sublinia devierea de la standardele acceptabile de asistenţă acordată populaţiei inclusiv pacienţilor) dar din 1979 termenul mai larg de "îngrijiri sub standard" a fost utilizat pentru a acoperi eşecul asistenţei clinice şi alţi factori, cum ar fi diminuarea resurselor alocate şi a facilităţilor de întreţinere.

Mortalitatea maternă s-a redus la aproape jumătate în fiecare deceniu de la instituirea raporturilor (67,1 decese la 100.000 de sarcini în 1955 - 7, 33,3 în 1964-6, 11 în 1973-5, şi 7 în 1988-90)[1]. S-a estimat că rata mortalităţii materne este de 640/100 000 de sarcini în Africa; 420 în Asia; 270 în America Latină; 30 în toate statele dezvoltate şi < 10 în Europa de Nord şi Centrală[1].

În 1988-90, au fost raportate 277 de decese materne excluzându-le pe cele tardive. Din acestea 52% au fost decese de cauză obstetricală directă; 34% au fost decese de cauză obstetricală indirectă şi 14% au fost decese fortuite. Ratele mortalităţii materne variază considerabil în funcţie de regiune, rata mortalităţii obstetricale directe fiind între 2,4/100 000 de naşteri în Irlanda de Nord în 1985-90 şi 9,7 /100 000 naşteri în Districtul Sanitar Regional North West Thames.

În 1988-90 boala hipertensivă a fost principala cauză directă de deces în UK (18,6% din decese), embolia pulmonară fiind cauza directă pentru 16,6% din decese. Alte cauze directe: hemoragia (15,2%); sarcina ectopică (10,3%); embolia cu lichid amniotic (7,6%); avort (6,2%); infecţie excluzând avortul septic (4,8%); anestezia (2,8%) şi uterul rupt (1,4%).

Rata deceselor datorate operaţiei cezariene pentru perioada 1985-90 a fost 0,33/1000 operaţii.

Rata mortalităţii materne a fost similară cu cea a perioadei statistice de 3 ani, anterioare celei actuale (pentru decesele de cauză directă), dar rata îngrijirilor considerabile standard a fost mai scăzută pentru perioada statistică actuală. Asistenţa a fost considerată sub standard în 49% din decesele de cauză directă arătând că încă există loc pentru mai bine.

---

[1] Do H 1994 *Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom* 1988 - 90, London, HMSO

Diagnosticul prenatal

Părinţilor cu risc major de a avea un copil anormal li se poate oferi diagnosticul prenatal dacă acesta permite un tratament mai eficace al afecţiunii scontate, sau (mai frecvent) dacă ei ar dori întreruperea unei sarcini anormale.

Sarcinile cu risc major: vârsta maternă >35 de ani (defecte cromosomiale); copil anormal sau antecedente familiale de afecţiuni moştenite; populaţie cu risc major (de ex, siclemie la populaţia afro-caraibeană).
Pentru detalii asupra afecţiunilor detectabile vezi pag. 248-49.

Probleme ● Anxietate cauzată de investigarea rezultatelor fals pozitive ale testelor screening ● Întreruperea sarcinilor normale de ex. avortul feţilor masculini ale mamelor purtătoare de afecţiuni gonosomale. ● Majoritatea malformaţiilor congenitale se produc în grupurile cu risc minor şi sunt eludate de către screening-ul selectiv. ● Serviciile disponibile, şi populaţia căreia acestea îi sunt oferite, variază larg pe teritoriul ţării.

α - Fetoproteina (AFP) AFP este o glicoproteină sintetizată de către ficatul şi tractul GI fetal. Concentraţiile fetale scad după 13 săptămâni, dar AFP serică maternă (transplacentară) continuă să crească până la 30 de săptămâni. AFP maternă este măsurată la 17 săptămâni. În 10% din AFP crescute există o malformaţie fetală[1] de ex un defect de patenţă a tubului neural (omfalocel), valve ale uretrei posterioare, nefroză, obstrucţii GI, teratoame, sdr. Turner (sau gemeni normali). În aprox. 30% din sarcinile fără malformaţii fetale există un prognostic negativ, de ex. prin dezlipire placentară precoce şi decese în cel de-al treilea trimestru[2]. ▶Monitorizează-le atent sarcina. 1 din 40 de gravide cu AFP scăzut are mutaţii cromozomiale (ex. sdr. Down). AFP este mai scăzut la mamele diabetice. NB: deoarece acest test nu este specific "per se" este valoros ca screening preliminar; gravidelor cu valori anormale le pot fi oferite alte teste mai specifice (vezi mai jos şi p.188 pentru "testul triplu").

Amniocenteza vezi p.134. Amniocenteza se realizează sub ghidaj ecografic la aprox. 16 săptămâni. Rata pierderilor de sarcină este 0,5-1%. Este măsurată AFP din lichidul amniotic (un test screening mai sensibil pentru defectele de tub neural decât măsurarea nivelelor serice materne) şi sunt cultivate celulele din fluid pentru realizarea cariotipului, analiza enzimelor şi pentru teste genice. Cultura celulelor necesită 3 săptămâni astfel încât o sarcină anormală trebuie întreruptă la o vârstă gestaţională mai avansată.

Biopsia de vilozităţi coriale La 8-10 săptămâni, placenta în curs de dezvoltare este biopsiată cu ajutorul unui cateter transcervical sau a unui ac transabdominal prin ghidaj ecografic. Realizarea cariotipului necesită 2 zile, analiza enzimatică şi a testelor genice necesită 3 săptămâni, astfel încât întreruperea sarcinilor anormale este mai precoce, mai sigură şi mai puţin stresantă decât după amniocenteză. Rata pierderii sarcinii este aprox. 4%. Tehnica transabdominală poate fi utilizată pe tot parcursul sarcinii, este mai uşor de învăţat, permite un acces mai facil către locul de implantare a placentei, şi permite aspirarea mai multor vilozităţi. Poate reduce numărul sarcinilor compromise.[3] Tehnica nu detectează defectele de tub neural şi poate cauza ea însăşi malformaţii fetale.

Ecografia înalt rezolutivă (vezi p.130). La aprox. 18 săptămâni un operator format poate detecta o gamă din ce în ce mai largă de anomalii structurale interne şi externe.

Fetoscopia Este realizată la aprox. 18 săptămâni sub ghidaj ecografic. Malformaţiile externe pot fi vizualizate, poate fi recoltat sânge fetal şi organele pot fi biopsiate. Rata compromiterii fetale este aprox. 4%.

1 F Cunningham 1991 *NEJM* 325 55 2 D Walter 1991 *NEJM* 325 6 3 S Smidt - Jensen 1992 *Lancet* 340 1327

Testul sanguin triplu

AFP maternă serică, estriolul neconjugat şi gonadotropina corionică umană (GCU) totală sunt evaluate în corelaţie cu vârsta şi greutatea materne, şi vârsta sarcinii (determinată ecografic) pentru a estima riscul pentru sindromul Down (şi în unele cazuri pentru defectele de tub neural). Dacă testul (şi testele ulterioare ale gravidelor încadrate în categoria de risc) ar fi disponibil pentru toate mamele, detecţia sindromului Down ar creşte de la 15% la aproximativ 50% (48% şi 58% în 2 studii ample, N = 38 000). [1] [2]

Probleme care apar în cazul testului sanguin triplu - tripla enigmă

1 Este sau nu este cel mai bun test? Unii specialişti au subliniat că adăugarea la test a dozării estriolului neconjugat, ar putea creşte doar gradul de incertitudine. De asemenea, există dovezi că GCU *liberă* este un marker mai bun decât GCU-ul totală[3]. S-a subliniat de asemenea, că pentru demonstrarea beneficiilor testului s-a folosit un test statistic greşit. Utilizând testul exact al lui Fisher pentru compararea celor 5 cazuri adiţionale detectate suplimentar faţă de ce a fost detectat prin screening-ul bazat doar pe criteriul vârstei, cifrele lui Wald nu ar fi fost semnificative (P=0,24)[4]. Deoarece vârsta la care mamele au copii este în creştere, scade orice beneficiu relativ al testului triplu asupra screening-ului pe categorii de vârstă.

2. Raporturile cost-beneficiu sunt dificil de calculat - deoarece beneficiile depind de un impact ridicat al amniocentezei şi a întreruperii sarcinilor anormale. Rata de detecţie este doar de 39% la pacientele <37de ani. Dacă se presupune un impact al amniocentezei de 100% şi al întreruperii sarcinii tot de 100%, costul pe sarcină detectată este de 36 256 lire sterline (28 000 lire sterline dacă rata detecţiei este de aproximativ 60%). Acest cost creşte la 48 780 lire la un impact al amniocentezei de 75% şi al întreruperii sarcinii de 90%.[5]

3. Consumul emoţional matern este imposibil de calculat Din punctul de vedere al părinţilor o statistică grăitoare arată că 56 din fiecare 57 femei sub 37 de ani care au avut test pozitiv, s-au dovedit, după amniocenteză, a nu avea un făt afectat. Amniocenteza cauzează compromiterea fetală, iar aceste pierderi vor fi în majoritatea cazurilor copii normali.

Nu avem nici cea mai mică idee asupra celei mai bune modalităţi de counselling parental care să preceadă testul. Dacă le vei înmâna doar un pliant informativ şi atât, puţini îl vor citi, şi atunci când se va ajunge la amniocenteză şi întreruperea sarcinii, mulţi le vor refuza - iar testul screening va cheltui inutil banii, şi va expune autorităţile sanitare unor controverse de tipul: "N-am înţeles niciodată de ce a trebuit să pierd un copil normal"... Alternativa este de a furniza detalii complete la momentul testelor sanguine iniţiale - acest lucru reprezentând ceea ce "binevoitorii" au recomandat întotdeauna. Ironia este că câştigarea consimţământului unei persoane în cunoştinţă de cauză reprezintă atunci cea mai "scumpă" parte a testului şi oricine ar putea cauza "per se" multă suferinţă. Imaginează-ţi o femeie gravidă care nu-şi mai încape în piele de bucurie datorită sarcinii ei, sosind la clinică radiind de seninătate, cu gândul la împlinirea potenţialului ei reproductiv: chintesenţa sănătăţii feminine. Ea părăseşte clinica unde doar i s-au prezentat enigme de ordin etic ce au dimensiuni ameţitoare şi implică moartea, boala şi sacrificiile umane, precum şi un orar pentru rezolvarea acestora, care ar lăsa până şi pe filozoful cel mai vizionar fără grai şi dezorientat, şi care ar putea să o priveze pentru totdeauna de unul dintre cele mai generoase daruri ale Mamei Natură: credinţa fundamentală în propria ei integritate.

---

1 J Haddow 1992 *NEJM* 327 588
2 N Wald 1992 *BMJ* ii 391
3 K Spencer 1992 *BMJ* ii 769
4 A Allman 1992 *BMJ* ii 768
5 V Macri 1992 *BMJ* ii 768.

3. Pediatrie

Traducere de Dr. **ILIE MARCU**

Subiecte pentru studenţi

Anamneza 194
Examenul fizic 196
▶▶Este oare o boală gravă? 198
Examenul nou-născutului 200
Probleme minore de neo-natologie 202
Alimentarea naturală şi cea artificială 204-206
Copilul prematur şi cel subponderal 208
Evenimente obişnuite ale copilăriei 210
Creşterea şi deficitul de dezvoltare 212
Copilul de statură mică 213
Boala celiacă 214
Diareea 214
Malnutriţia 216
Infecţiile tractului urinar 218
Leucemia limfoblastică acută 220
Fibroza chistică 222
Febra reumatică (Reumatismul acut) 224
Endocardita infecţioasă (bacteriană) 225
Unele boli metabolice 226
Probleme chirurgicale acute 228
Pubertatea precoce 230
Deficienţa imună primară 232
Mersul tardiv - vorbirea tardivă 234-236
Handicapul 238
Fenilcetonuria 240
Probleme de comportament 242

Pediatrie preventivă:

Screening (inclusiv monitorizarea dezvoltării şi imunizarea) 245
Bolile congenitale şi diagnosticul prenatal 248
Consilierea genetică 252

Exantemele virale:

Rujeola, rubeola, parotidita epidemică 254
Infecţiile cu parvo-virusuri 255
Boala mână, picior, gură 255
Varicela 256

Malformaţiile:

Malformaţii gastrointestinale 258
Malformaţii genitourinare (inclusiv tumoarea Wilms şi ambiguitatea organelor genitale) 260-262

Bolile cardiace congenitale 264
Sunetele cardiace la copil 266
Despicăturile labio-palatine 268
Alte malformaţii ale gâtului şi capului 268
Defectele de tub neural 270

În ajutorul medicului de spital

Neonatologie:

▶▶Reanimare 272
? ▶▶Terapie intensivă 274-276
Displazia bronhopulmonară 277
Icterul 278
▶▶Nou-născutul bolnav 280
Sindromul de insuficienţă respiratorie 282
Boala hemolitică prin incompatibilitate Rh 284
Enterocolita necrozantă 286
Aspiraţia de meconiu 286
Nou-născutul cu hemoragie 286
Alimentarea enterală şi parenterală 288

Copii mari:

▶▶Copilul bolnav şi febril 290
▶▶Regimuri alimentare lichide 292
Tratamentul general al intoxicaţiilor 294
▶▶Intoxicaţiile cu salicilat şi paracetamol 296
▶▶Presiunea intracraniană crescută 298
▶▶Meningita 302-304
Unele probleme ale diabetului zaharat 306
▶▶Urgenţe 308
Epilepsia şi convulsiile febrile 312-314
Astmul infantil 318
Durerea abdominală 322
Distensia abdominală 323
Anemia 324
Purpura la copii 326
▶▶Infecţiile căilor respiratorii (superioare şi inferioare) 328-330
Bolile renale 332-334
Traumatismele neaccidentale 336
Sindromul morţii infantile subite 338
Testul Denver pentru evaluarea dezvoltării 340
Intervalele de referinţă 344
Dentiţia 346
Tabelele pentru măsurarea creşterii 348-349
Sistemul Dubowitz 354-356
Aria suprafeţei corporale 357
▶▶Adrenalina în anafilaxie 357
Presiunea sanguină (arterială) în copilărie 358
Preparate din lapte pentru copii prematuri 360
A vorbi cu părinţii despre boala mortală a copilului 362
Transfuzia intraosoasă 364
▶▶Stopul cardio-respirator la copii 365

Surse principale: *Archives of Disease in Childhood Pediatrics* (USA), şi Advanced Life Support Group 1993 *Advanced Pediatric Life Support*, BMA.

Alte capitole din acest volum: Boli infecţioase (MMC p.170-253); infecţiile perinatale, p.109; anorexia nervoasă, p.408; terapia ludică, p.444; autismul, p.462; strabismul, p.558; retinoblastomul, p.582; şoldul dureros la copil, p.710; osteocondritita (boala Perthes, p.710, bolile Scheuermann şi Kohler, p.730); dislocaţia congenitală a şoldului, p.712; scolioza, p.700; surditatea, p.616; otita medie şi urechea încleiată, p.612-614; amigdalita, p.632; stridor-ul, p.664; acneea, p.668; osteomielita, p.724; arsurile, p.776; accidente, p.764-768; sindroame neobişnuite, p.836-850.

Aspectul dominant al medicinei pediatrice îl constituie faptul că 42% din naşteri au loc în ţări în care mortalitatea copiilor sub vârsta de 5 ani este mai mare de 140/1000; 20% din copiii mici din aceste ţări mor înainte de a fi atins vârsta de 5 ani.[1] Cea mai mare parte a acestor decese poate fi prevenită, nu prin folosirea măsurilor complicate, descrise în acest capitol, ci prin asigurarea unei aprovizionări adecvate cu apă curată, hrană suficientă şi efectuarea unor vaccinări simple.

Notă introductivă. Debutantul în pediatrie este confruntat cu o dublă dificultate: nu numai că, din multe puncte de vedere, copiii sunt diferiţi de adulţi, dar chiar ca grup ei sunt foarte heterogeni: nou-născutul este diferit de copilul care merge - care, la rândul lui, este diferit de copilul şcolar sau de adolescent. S-ar putea scrie un întreg volum, asemănător cu cel prezent, despre fiecare din aceste grupuri de copii, fără a face o descriere detaliată. Nou-venitul în domeniul pediatriei trebuie să ştie, pentru a nu se simţi deprimat, că nimeni nu poate afirma că este complet stăpân pe această materie, pediatria. Şi că, mai curând decât să dobândeşti o competenţă totală, important este să fii un bun pediatru. Aceasta nu presupune lecturi nesfârşite în biblioteci, ci timp petrecut în saloanele de pediatrie (şi în locuinţele pacienţilor, dacă cel care citeşte aceste rânduri este destul de norocos pentru a avea acces la pacienţii de medicină generală) - pentru a dezvolta capacităţile înnăscute de a asculta şi de a vorbi cu mame şi copii într-un limbaj pe care să-l înţeleagă fiecare. Medicii care îngrijesc copii au o şansă unică de a practica o medicină holistică, şi este posibil ca aceşti medici să fie anume dăruiţi. Este deosebit de interesant să menţionăm faptul că majoritatea pacienţilor de 15-20 de ani cu leucemie acută care sunt trataţi de pediatri, sunt vindecaţi (în proporţie de 63%), în timp ce numai 32-42% dintre bolnavii cu leucemie din acest grup de vârstă vor supravieţui dacă sunt trataţi în unităţi pentru adulţi.

Timpul pe care-l petrece în saloane îi va da pediatrului debutant posibilitatea de a învăţa acele lucruri pe care nu le va putea afla din nici un tratat: cum să recunoască prezenţa unei boli grave la copil. În această privinţă flerul, judecata instinctivă a pediatrului se vor dezvolta odată cu acumularea lentă şi plină de efort a multor zile şi nopţi petrecute 'de serviciu". Acest fler nu se poate dobândi niciodată exclusiv din cărţi, dar, pe de altă parte, nici nu poate fi dobândit fără ele, deoarece, aşa cum afirma William Osler: a studia medicina fără cărţi este ca şi cum ai naviga pe o mare necunoscută; a studia medicina numai din cărţi este ca şi cum nu ai naviga niciodată pe mare. Cu gândul la această metaforă oferim aici un set de "hărţi", subliniind faptul că nu toate au aceeaşi scară, şi că nu a fost posibil să se însemne pe ele fiecare recif. Iar "paginile" goale sunt menite să încurajeze noile călătorii.

---

[1] ME Wegman 1992 *Paediatrics* 90 835

Anamneza

Scopul anamnezei nu este exclusiv stabilirea unui diagnostic, ci şi acela de a stabili o relaţie bună, atât cu părinţii cât şi cu copilul, în aşa fel încât, dacă copilul nu prezintă vreo tulburare, părinţii acestuia să fie dispuşi să accepte acest lucru. În mod reciproc, dacă boala este gravă, sau incurabilă, anamneza trebuie să dea naştere unui sentiment de încredere, pentru ca părinţii să accepte sfaturile cele mai bune, iar copilul să se simtă în siguranţă, "pe mâini bune". Deci, pe cât este posibil, evită graba sau neatenţia. Prezintă-te şi explică-i rolul pe care îl ai în cabinetul de consultaţii sau în salonul spitalului.

În ceea ce priveşte **acuzele** în momentul examinării este necesar să înregistrezi atât cuvintele copilului, cât şi propriile cuvinte ale mamei sale.

Boala prezentă: Când şi cum a debutat? Copilul era complet sănătos înainte de această boală? Cum a apărut? Există factori de agravare sau care să reducă gravitatea bolii? Copilul a avut contact cu infecţii? Copilul a fost plecat recent în străinătate?

În special atunci când este vorba de sugari trebuie puse întrebări legate de alimentare, excreţie, vioiciune şi câştigul în greutate. După ce ai obţinut date cu privire la acuzele actuale, întrebările ce vor urma trebuie să permită evaluarea diferitelor ipoteze de diagnostic diferenţial.

Starea anterioară a sănătăţii: in utero: toxemie, rubeolă, boală Rh.

La naştere: prematuritate, durata travaliului, tipul naşterii, greutatea la naştere, reanimare (dacă a fost necesară), traumatisme la naştere, existenţa unor malformaţii.

Perioada de nou-născut: icter, convulsii, febră, sângerare, probleme de alimentaţie. Întreabă despre boli care au apărut după perioada de nou-născut, despre operaţii, accidente, teste de screening efectuate, medicamente administrate, imunizări, călătorii, abuzul de medicamente sau de solvenţi.

Cu privire la **dezvoltare** (p.342), este important ca mama să-şi amintească cu precizie etapele acesteia. Consanguinitatea este un lucru obişnuit în cadrul anumitor grupuri culturale, şi poate fi relevantă pentru unele boli.

În ceea ce priveşte **anamneza familială** se vor înregistra cazurile de copii născuţi morţi, tuberculoza, diabetul, bolile renale, convulsiile, icterul, malformaţiile, şi altele. În cazul în care există fraţi şi/sau surori, întreabă dacă aceştia sunt sănătoşi.

În cadrul **anamnezei sociale** este esenţial să se cunoască tatăl, dar poate fi o mare greşeală ca mama să fie întrebată în mod direct despre acesta. Trebuie ca pediatrul să fie pregătit, să aibă răbdare ca această informaţie să vină de la sine, mai ales după discuţii între mamă şi asistentele care o tratează cu prietenie. Se vor pune întrebări în legătură cu jocul, cu felul în care copilul mănâncă, dacă doarme prea învelit sau dacă este susceptibil să răcească, şi despre şcoală. Cine se ocupă de copil dacă părinţii lucrează? Ce anume lucrează părinţii? Pune întrebări despre speranţele şi temerile lor legate de boala copilului, despre ceea ce se aşteaptă în legătură cu spitalizarea copilului.

▶*În cazul în care familia nu vorbeşte limba medicului, se vor folosi serviciile unui traducător.*

Examenul pe sisteme

Sistemul/aparatul	Nou-născut	Copil care merge	Copilul mare
Cardiorespirator	Tahipnee, gemete Resp. şuierătoare Cianoză	Tuse Dispnee de efort	Tuse, resp.şuierătoare Spută, dureri toracice
Gastrointestinal	Diaree, vomismente, icter, frecvenţa scaunelor,	Diaree, vomismente Frecvenţa scaunelor	Diaree, vomismente dureri abdominale Frecvenţa scaunelor
Genitourinar	Scutece ude (cât de frecvent?)	Scutece ude (cât de frecvent?)	Hematurie, disurie Dezvoltare sexuală
Neuromuscular	Convulsii, atacuri tremurături capacitate de alimentare	Convulsii somnolenţă Hiperactivitate? văz, auz, mers	Dureri de cap, convulsii senzaţii ciudate, somnolenţă, capacitate de a învăţa văz, auz, coordonare
ORL şi bucodentar	Respiraţie zgomotoasă	Scurgeri otice Erupţii dentare	Dureri/scurgeri otice dureri în gât

Întrebări cu caracter general cu privire la: creştere, greutate, creştere necorespunzătoare, oboseală, umflături, mâncărimi, febră, tendinţă la sângerare, interacţiuni familiale.

▶*Dacă familia nu vorbeşte aceeaşi limbă ca tine, găseşte un interpret!*

Examenul fizic

Nu există o singură metodă de examinare aplicabilă tuturor copiilor. În cazul în care copilul este foarte bolnav examenul va fi, în mod obligatoriu, limitat. Mai mult decât atât, diferitele puncte ale examenului fizic capătă o importanţă particulară în funcţie de vârsta copilului (pentru examenul nou-născutului a se vedea p.200). Cu toate acestea este util să avem un standard - în cazul de faţă este vorba de un copil care merge şi care a fost internat cu vomismente.

1 Spălă-te pe mâini şi încălzeşte-le. Mama poate să asiste la examinare.

2 Priveşte copilul (de exemplu în timp ce se hrăneşte). Este bolnav sau arată bine? Este agitat, liniştit sau se joacă? Dacă plânge, plânsul este normal sau are o tonalitate înaltă? Copilul are un comportament normal? Tegumentele sunt icterice, cianotice, prezintă erupţii, au un aspect anemic sau indică o deshidratare (p.292)?

3 Vorbeşte copilului. Dacă pare să fie anxios examinează mai întâi burta ursuleţului pentru a-l face să devină încrezător.

4 În cazul în care copilul este liniştit sau doarme, atunci este momentul cel mai bun pentru a-l asculta, aşa că examinează inima, plămânii şi abdomenul. Începe prin folosirea unui stetoscop încălzit. Dezbracă copilul în etape.

5 Fii metodic. De exemplu, începe cu braţele şi continuă spre cap, apoi coboară în lungul corpului. Începe cu unghiile degetelor, apoi examinează mâinile, pulsul radial, presiunea arterială, ganglionii axilari şi cei de la nivelul gâtului, eventualele umflături. Observă dacă există rigiditate a gâtului.

6 Observă dimensiunile şi forma capului (p.348). Simetria facială. Fontanela anterioară (cea dintre oasele parietale şi frontal) este sub tensiune (ceea ce indică o hipertensiune intra-craniană), sau este adâncită (indicând deshidratare)?

7 Nasul conţine mucus? Nu te ocupa, în acest stadiu, de examenul urechilor şi al faringelui.

8 Numără respiraţiile. Există deprimare intercostală în cursul respiraţiei?

9 Percutează toracele şi palpează abdomenul. Abdomenul pare să fie destins (de exemplu de splină, de ficat, prin flatulenţă, sau fecale)?

10 În cazul în care copilul are scutec, desfă-l. Trebuie să ai la îndemână un vas pentru recoltarea unei probe. Dacă urinează încearcă să obţii o probă de urină limpede (p.218). Inspectează conţinutul scutecului. Examinează organele genitale şi anusul. Examinează testiculele. Examenul rectal este rareori necesar.

11 Observă dacă există ganglioni limfatici inghinali de dimensiuni mari. De asemenea observă dacă există o întârziere a pulsului radio-femural.

Examenul neurologic. După efectuarea examenului de mai sus s-au acumulat deja multe informaţii cu privire la sistemul nervos. În continuare, verifică următoarele:

Tonusul: prin flexiunea şi extensia pasivă a membrelor.

Forţa şi coordonarea: observă copilul în timp ce merge şi aleargă. Observă cum apucă, cu fiecare mână în parte, un obiect de dimensiuni mici şi cum se joacă cu el.

Reflexe: vezi dacă acestea sunt simetrice.

Sensibilitate: atingerea uşoară şi răspunsul la stimuli dureroşi oferă doar rareori informaţii utile. Examinează fundul de ochi.

Examenul urechilor şi al faringelui sunt lăsate la urmă deoarece este posibil ca în timpul lor copilul să se zbată. Mama îşi ţine copilul în poală, cu o mână pe fruntea acestuia, apăsându-i capul pe pieptul ei, înconjurând cu celălalt braţ braţele şi abdomenul copilului. Se introduce o spatulă în gură şi se examinează bine amigdalele şi cavitatea bucală. Se inspectează dinţii. Folosind aceeaşi tehnică de imobilizare a copilului, de data aceasta el fiind ţinut lateral, se examinează timpanele (p.604).

Se înregistrează înălţimea, greutatea şi circumferinţa craniană cu ajutorul tabelelor (p.348). A se vedea tabelele TPR. Se notează temperatura rectală (aceasta trebuie să fie mai mică de 37,8°C).

Handicapul 238
Malformații cap-gât 268

Este oare o boală gravă?^{APLS}

A înţelege că un copil are o suferinţă gravă şi necesită ajutor imediat constituie principala calitate a unui pediatru. Este cu adevărat dramatic să surprinzi momentul în care un medic, în mod normal calm şi relaxat, percepe gravitatea situaţiei şi se transformă într-o maşinărie eficientă, al cărei singur scop este să asigure o asistenţă urgentă şi neîntreruptă, fără să risipească un singur cuvânt sau acţiune. În cazul în care eşti nou-venit în pediatrie foloseşte fiecare posibilitate care ţi se oferă de a observa astfel de evenimente, iar după aceea cere să ţi se explice, în detaliu, care anume factori l-au determinat pe medic să acţioneze aşa cum a acţionat. Foloseşte cele ce urmează din această pagină pentru a te pregăti să primeşti şi să înregistrezi răspunsurile la întrebarea ta.

Semne de gravitate: • Agitaţie sau comă. • Pupile inegale sau areactive.

• Respiraţie laborioasă (cu fremătarea aripilor nazale şi folosirea sternocleidomastoidianului); hiperventilaţie.

• Stridor la fiecare respiraţie; respiraţie şuierătoare; apnee; respiraţie Cheyne-Stokes.

• Tegumente cenuşii, albăstrui sau cu pete.

• Puls periferic slab sau absent, umplere capilară deficitară. Pentru a verifica aceasta se apasă un deget timp de 5 secunde. În mod normal umplerea capilară necesită mai puţin de 2 secunde. (N.B. pulsul şi presiunea arterială nu sunt indicatori fiabili în faza incipientă a şocului).

• Semne de decorticare cerebrală (braţe în flexie şi membre inferioare în extensie), sau semne de decerebrare (braţe şi membre inferioare în extensie); opistotonus (capul în extensie, spatele arcuit).

Vârstă	**Nr.respiraţii/min**	**Puls/min**	**Presiune arterială (mmHg)**
sub 1 an	30-40	110-160	70-90
2-5 ani	20-30	95-140	80-100
5-12 ani	15-20	80-120	90-110
peste 12 ani	12-16	60-100	100-120

Evaluarea rapidă a situaţiei unui copil cu simptome grave ar trebui să se facă în mai puţin de 1 minut.

În ceea ce priveşte căile respiratorii se va aprecia: • permeabilitatea acestora.

Respiraţia va fi evaluată sub raportul: • efortului respirator (frecvenţă respiratorie, utilizarea muşchilor accesorii, prezenţa stridorului, a ralurilor, a sibilanţei).

La nivelul **circulaţiei** se vor observa: • frecvenţa şi volumul pulsului şi umplerea capilară; culoarea tegumentelor şi temperatura cutanată.

Nivelul răspunsului la stimuli (AVPU) va fi evaluat după cum urmează:

A = vioi; V = răspunde la voce; P = răspunde la stimuli dureroşi; U = nu răspunde (în acest caz se vor examina pupilele şi atitudinea corpului).

Printre **cauzele** care determină simptome severe infecţia şi traumatismele sunt cele mai obişnuite. Alte cauze includ:

- Ocluzia intestinală (p.228);
- Anomaliile metabolice congenitale, cum este hipoglicemia congenitală;
- Sindromul uremic hemolitic (p.332);
- Sindromul gastrointestinal cu diaree şi vomismente; obstrucţia intestinală (volvulus);
- Aritmiile;
- Cardiomiopatia;
- Miocardita;
- Bolile cardiace congenitale;
- Sindromul de coagulare intravasculară diseminată (p.286);
- Sindromul Reye (p.847).

Medicul pediatru trebuie să se gândească şi la sindroamele rare, cum sunt: şocul toxic (OHCM, p.222), sau sindromul encefalopatic cu şoc hemoragic (şoc acut, diaree sanguinolentă, comă, convulsii, hepatomegalie, oligurie şi sindrom de coagulare intravasculară diseminată).

▶Acţiuni care se întreprind în cazul în care starea pacientului este gravă:

- Administrarea de oxigen pur (100%) cu mască prevăzută cu rezervor;
- Administrarea de soluţii coloidale; 20 ml sub formă de bolus; repetat dacă situaţia nu se ameliorează (pot fi necesare cantităţi de peste 60 ml/kgcorp);
- Se determină glicemia, se face hemoleucograma (+ frotiu gros, dacă copilul a călătorit în afara ţării), sumar de urină, electroliţi;
- Se determină grupa sanguină în eventualitatea unui traumatism sau dacă pacientul are un aspect anemic;
- Se efectuează un frotiu din tamponament faringian şi o hemocultură, dacă este posibil înainte de administrarea antibioticelor (de ex.cefotaxim) (p.302);
- Dacă situaţia nu se ameliorează se introduce un cateter pentru măsurarea presiunii venoase centrale; se solicită consult specializat; se măsoară gazele din sânge şi se fac teste pentru controlul coagulării;
- În cazul în care se administrează bicarbonat (pH < 7,15), se va aplica ventilaţie mecanică;
- Se consideră efectuarea unei radiografii craniene, şi a unei puncţii lombare;
- În cazul în care starea proastă se menţine, în ciuda administrării de soluţii coloidale (60 ml/kg), sau în prezenţa unei presiuni venoase centrale >10 cm H_2O, poate fi necesară administrarea de dopamină. Vasodilatarea cu nitroprusiat de sodiu (p.358) este rareori necesară în vederea creşterii debitului cardiac.

Examenul nou-născutului

Scopul acestui examen este de a se descoperi orice anomalie sau problemă şi de a vedea dacă mama are dificultăţi sau întrebări în legătură cu copilul. Cele ce urmează constituie o procedură de rutină care se aplică înainte ca copilul să părăsească spitalul, sau în prima săptămână de viaţă la domiciliu, în cazul în care naşterea a avut loc acasă.

Înainte de examinare: se stabileşte greutatea. Sarcina şi naşterea au fost normale? Mama este Rh-negativă? Examinează copilul într-o cameră caldă, bine luminată şi liniştită. Asigură-te de ajutorul mamei. Explică ce anume doreşti să faci. Mama pare să fie deprimată, sau furioasă? Ascultă la ceea ce are să-ţi spună. Examinează copilul în mod sistematic, din cap până la picioare.

Circumferinţa craniană (30-38 cm, p.348), forma craniului (deformările produse de un travaliu dificil dispar repede), fontanelele (sub tensiune dacă nou-născutul plânge sau dacă există hipertensiune intracraniană). *Ochii:* verifică dacă există opacităţi corneene sau conjunctivită. *Urechile:* formă şi poziţie -sunt amplasate prea jos (sub nivelul ochilor)? Nasul este un bun indicator pentru icter. Respiraţie nazală prezentă (închide gura copilului pentru a verifica aceasta), verifică dacă nu există atrezie a cornetelor nazale. *Tegumentele:* sunt cianotice, palide, icterice sau roşii? *Gura:* priveşte în cavitatea bucală. Introdu un deget şi vezi dacă palatul este intact. Verifică dacă reflexul de supt este bun.

Braţe şi mâini: pliurile palmare (normale sau caracteristice pentru sindromul Down). Observă dacă este prezent semnul "bacşişului", din cadrul sindromului paralitic Erb (indică prezenţa unei leziuni la nivelul trunchiurilor C5 - C6).

Toracele: observă mişcările respiratorii. Observă dacă sunt prezente gemete respiratorii sau recesiune intercostală în timpul respiraţiei (ceea ce indică o suferinţă respiratorie). Palpează zona precordială şi pulsaţia apex-ului cardiac. Ascultă cordul şi plămânii. Examinează coloana vertebrală pentru a identifica prezenţa leziunilor de tub neural.

Abdomenul: Se pot palpa splina şi ficatul, dar trebuie să vezi dacă sunt prezente şi alte mase palpabile în abdomen. Examinează ombilicul pentru a vedea dacă este sănătos. Evaluează turgiditatea tegumentelor (turgorul). Inspectează organele genitale şi anusul pentru a vedea dacă orificiile sunt permeabile. 93% din nou-născuţi urinează în primele 24 de ore după naştere. Observă dacă meatul urinar este amplasat anormal (hipospadias) şi dacă ambele testicule au coborât în scrot. Adesea clitorisul pare să fie mare la nou-născute. Sângerarea vaginală poate fi considerată normală ca urmare a întreruperii fluxului de estrogeni materni.

Membrele inferioare: verifică dacă nu există o dislocare congenitală de şold (p.712). Evită repetarea testului deoarece este dureros - şi poate provoca o dislocare. Observă dacă nu există o întârziere a pulsului radio-femural (ceea ce indică o coarctaţie de aortă). Observă prezenţa piciorului "în crosă". Degetele de la picioare sunt: prea numeroase, prea puţine la număr, de culoare albăstruie?

Fese, sacru: notează eventuala prezenţă a spotului mongolian - care este de culoare albastră şi nu are semnificaţie patologică.

SNC. Acesta poate fi evaluat prin manipularea copilului. Intuiţia poate fi foarte utilă pentru a decide dacă nou-născutul este sănătos sau bolnav. Copilul este agitat (hipoglicemie, infecţie, hipocalcemie). În mod normal copilul trebuie să aibă un anume grad de control asupra mişcărilor capului. Observă dacă mişcările membrelor sunt normale şi dacă tonusul este flasc sau spastic. Reflexul Moro furnizează doar rareori informaţii importante. Acest reflex se obţine prin aşezarea copilului într-un unghi de 45 de grade, sprijinind capul. Suprimarea momentană a sprijinului va determina abducţia braţelor urmată de deschiderea mâinilor şi de adducţia braţelor. Acest test este neplăcut pentru copil. Gâdilă palma pentru a declanşa reflexul de apucare. Utilizează oftalmoscopul (reflexul roşu poate să lipsească în cazul retinoblastomului). Observă dacă nou-născutul este post-matur, sub-ponderal, sau prematur (p.208).

▶Discută orice anomalie cu ambii părinţi, după ce vei fi luat legătura cu un medic specialist.

Probleme minore de neo-natologie

Piele Petele cutanate sunt comune şi îngrijorează părinţii. Majoritatea sunt lipsite de semnificaţie patologică. Iată câteva din acestea:

Milia: sunt papule mici, cremoase, diseminate pe nas si uneori pe palatul bucal (cunoscute sub numele de perle Ebstein). Sunt chisturi sebacee care dispar spontan.

Eritemul toxic (urticaria neonatală) constă din pete roşii centrate uneori de o veziculă albă. Sunt lipsite de importanţă. Fiecare din pete durează aproximativ 24 de ore (eventual încercuieşte una din ele cu un dermatograf), spre deosebire de petele septice care se însoţesc de pustule evidente. În cazul în care ai îndoieli recoltează secreţie.

Miliaria (erupţie de căldură) este o erupţie pruriginoasă, de culoare roşie, care dispare rapid după ce copilul este desfăşat.

Semnele berzei sunt zone de dilataţie capilară situate pe pleoape, zona centrală a frunţii şi dosul gâtului - acolo unde se spune că a fost ţinut în ciocul berzei. Aceste pete se albesc la presiune şi dispar cu timpul.

Schimbarea culorii tegumentelor (fenomenul arlechin) constă din înroşirea bruscă a unei jumătăţi a feţei sau a corpului. Durata fenomenului este de câteva minute şi traduce o activitate vaso-motorie de scurtă durată.

Descuamarea pielii este un fenomen obişnuit la copiii post-maturi. Aceasta nu indică probleme viitoare de natură cutanată. Se va folosi ulei de măsline pentru a împiedica apariţia crăpăturilor cutanate.

Hemoragii peteşiale, cianoza facială, hemoragii sub-conjunctivale sunt elemente care indică în general sufuziunea feţei în timpul travaliului.

Umflarea glandelor mamare poate apărea la ambele sexe, însoţindu-se uneori de secreţie lactată (laptele vrăjitoarei) şi se datorează hormonilor materni. Fenomenul se atenuează progresiv. În caz de infectare este necesară administrarea de antibiotice.

Ombilicul se usucă şi se desprinde aproximativ în ziua a 7-a de la naştere. În cazul infectării apare un miros rău, supuraţie, inflamaţie periombilicală, stare generală alterată. Se va izola copilul, se vor recolta probe şi se vor face hemoculturi. Se administrează antibiotice. În cazul apariţiei unui granulom se va exclude prezenţa unei urace deschisă şi se va cauteriza cu un baston de nitrat de argint.

Secreţia oculară este comună şi se datorează în general faptului că unul din canalele lacrimale nu s-a deschis (p.554). Prelevează o probă pentru cultură în vederea excluderii oftalmiei nou-născutului (p.110).

Probleme legate de alimentare. În general un nou-născut are necesităţi alimentare foarte mici în primele zile după naştere astfel încât o aparentă deficienţă de hrănire nu justifică investigaţii speciale şi nici administrarea de suplimente de hrană. Uneori este necesar să se discute cu mamele care sunt foarte îngrijorate de acest lucru, subliniind faptul că nou-născuţii sănătoşi au o mare capacitate de supravieţuire. Astfel, nou-născuţi îngropaţi sub dărămături provocate de cutremure au supravieţuit timp de 4 zile în condiţii de perfectă sănătate.

Nou-născuţii pot avea dificultăţi în coordonarea respiraţiei şi a deglutiţiei, înecându-se pentru scurt timp, sau devenind cianotici. Pentru a exclude o condiţie patologică, verifică tehnica de alimentare (prea multă hrană, administrată prea repede) şi linişteşte mama.

Regurgitarea este adesea consecinţa supra-umplerii unui stomac de dimensiuni reduse cu lapte şi cu aer. Şi în acest caz verifică tehnica de alimentare; în cazul în care copilul este alimentat cu biberonul verifică dacă nu cumva dimensiunea tetinei este prea mare pentru gura copilului, sau dacă orificiul tetinei nu este prea mic, sau cantitatea de hrană prea mare. Eliminarea aerului în timpul alimentării poate fi de ajutor, dar nu este esenţială pentru sănătatea copilului.

Scutece pătate cu roşu. Aceasta se datorează cel mai adesea uraţilor din urină dar este posibil ca la origina petelor să fie sânge din vagin (suprimarea estrogenilor materni) sau din cordonul ombilical.

Strănut. Nou-născutul strănută pentru a îndepărta lichid amniotic din cavitatea nazală.

Alimentarea naturală

Factori care fac începerea alimentării naturale mai dificilă:

- Indiferenţa partenerului faţă de alimentarea la sân (doar 10% din mame vor alăpta copilul în mod spontan - faţă de 70% dacă partenerul aprobă acest lucru).[1]
- Separarea mamei de copil în timpul nopţii în cursul perioadei petrecute în spital.
- Urbanizarea, sau cazul în care mama lucrează, şi nu există un loc propice pentru alăptare.
- În cazul în care surori mai vârstnice nu au alăptat, surorile mai tinere se vor simţi jenate să înceapă alăptarea la sân.

Avantajele alimentaţiei naturale (unele din acestea sunt dificil de cuantificat)

- O mortalitate infantilă mai mică (în cazul în care există o stare de sărăcie).
- Suptul stimulează contracţiile uterine şi poate reduce riscul de hemoragie post-partum.
- Stabilirea legăturilor dintre mamă şi copil: contactul vizual facilitează recunoaşterea şi stimulează legătura afectivă ulterioară.
- Alăptarea este o experienţă completă care stimulează toate cele 5 simţuri.
- Alăptarea este ieftină, iar laptele de mamă este curat.
- IgA, macrofagele, limfocitele (care conţin interferon) şi lizozimul protejează împotriva infecţiilor. Acizii din laptele matern facilitează dezvoltarea lactobacilului în intestinul copilului. Gastroenteritele pot fi mai puţin grave dacă mama fabrică şi transferă anticorpi (dialogul imunitar).
- Laptele matern conţine mai puţin sodiu, potasiu şi clor decât alte tipuri de lapte, contribuind în acest fel la menţinerea homeostaziei. În cazul în care se produce deshidratare, riscul de hipernatremie fatală este mic.
- Alăptarea oferă un oarecare grad de protecţie împotriva cancerului mamar în cursul anilor care precedă menopauza.

Învăţarea alăptării la sân. Se recomandă ca mama şi copilul să stea câteva zile în spital, în cursul acestora mama fiind învăţată să alăpteze de către o moaşă cu experienţă.

- Mamelonul şi areola trebuie să se găsească în totalitate în gura copilului.
- Bărbia copilului trebuie să fie apăsată pe sân.
- Sânul va fi depărtat de nasul copilului pentru a-i permite acestuia să respire liber.

De ce trebuie încurajată alăptarea "la cerere"?

- Copilul este mulţumit şi secreţia de lapte este stimulată.
- Apar mai puţine probleme legate de glandele mamare (supra-umplere, abcese).

Copilul doarme mai bine dacă împarte patul cu mama.

Contraindicaţii pentru alăptarea la sân: • Dacă mama este HBsAg-pozitivă sau HIV-pozitivă. • Administrarea de amiodaronă. • Administrarea de antimetaboliţi. • Administrarea de opiacee.

Probleme legate de alăptare. Acestea includ supra-umplerea glandelor mamare şi abcesele mamare. Tratarea acestor probleme se face prin evacuarea regulată a glandelor mamare, fie prin alăptare la fiecare oră fie prin exprimarea laptelui - după cum urmează: mama se spală pe mâini şi spală vasul în care va recolta laptele. Se masează sânul către areolă. Se apasă în spatele mamelonului. Se apasă sânul cu policele şi indexul şi se strâng degetele. Nu se vor apăsa degetele pe areolă.

În cazul în care se formează abcese mamare laptele va fi aruncat dacă are aspectul de puroi. Se va administra mamei flucloxacilină (250 mg/6 ore, per os) care nu dăunează copilului. În cazul în care mameloanele sunt dureroase se vor expune la aer, după ce vor fi fost spălate cu apă şi uscate. Se vor lăsa în repaus timp de câteva zile sau se va folosi o tetină din cauciuc pentru protejarea lor.

Laptele de mamă este probabil cel mai bun aliment pentru copilul prematur. Se va administra neîncălzit cu ajutorul unui tub (p.288). Se va adăuga vitamina D (1 000 μg/zi) şi vitamina K (p.286). De asemenea poate fi necesară administrarea unui supliment de fosfaţi.

[1] *Clinical Paediatrics* 1994 33 214

Alimentarea artificială

Contraindicaţiile alăptării la sân sunt puţine la număr, dar există multiple presiuni pentru a renunţa la alimentaţia naturală (p.204). Astfel, 64% din mame încep prin a-şi alimenta copilul la sân, dar după 2 săptămâni numărul lor scade la 52% şi se reduce la 39% după 6 săptămâni. Majoritatea trec la alimentarea cu biberonul din cauza lipsei de cunoştinţe sau ca urmare a faptului că nu sunt încurajate să continue alimentarea la sân.[1]

Avantajele alimentaţiei artificiale includ faptul că tatăl poate şi el să alimenteze copilul. Multe mame se simt mai liniştite deoarece ştiu ce cantitate de lapte primeşte copilul. Copiii pot fi hrăniţi în public fără jenă. Mamele de origine asiatică păstrează credinţa că, colostrul este dăunător şi preferă să aştepte începerea secreţiei lactate pentru a alimenta copilul la sân, hrănindu-l între timp cu biberonul.

Formule de lapte pentru sugari (lapte de vacă "umanizat" prin reducerea compuşilor solviţi şi modificarea conţinutului în proteine, grăsimi şi vitamine). Unele formule sunt mai bine adaptate nevoilor sugarului decât cele bazate pe caseină, dar diferitele produse sunt similare şi căutarea unui produs care "să se potrivească" copilului este rareori o soluţie la problemele de alimentaţie ale acestuia.

Prepararea meselor. Mâinile trebuie să fie curate, echipamentul care serveşte la preparare trebuie să fie steril şi se va folosi doar apă fiartă - gastroenterita infecţioasă este cauza unui mare număr de decese în ţările sărace şi cauza unei importante morbidităţi în celelalte. Laptele praf trebuie măsurat cu precizie. Cantităţile insuficiente duc la o creştere nesatisfăcătoare iar cantităţile prea mari pot determina o hipernatremie periculoasă, pot să provoace constipaţie şi obezitate.

Administrarea hranei. Sugarii au nevoie de aproximativ 150 ml lapte/kg/24 de ore. Cantitatea se va împărţi în 4-6 mese, în funcţie de vârstă şi de temperament. Adesea mesele sunt servite calde dar nu există dovezi că administrarea laptelui rece ar fi dăunătoare. Laptele trebuie să curgă din biberon. Trebuie verificată tetina înainte de fiecare masă deoarece orificiul acesteia tinde să se înfunde. Orificiul tetinei poate fi lărgit cu un ac încălzit. Biberonul trebuie menţinut la un unghi care să nu permită sugerea aerului odată cu laptele.

Alergia la laptele de vacă. Acest tip de alergie poate apărea la unii sugari şi se manifestă cu diaree (uneori sanguinolentă), vomismente, erupţie peri-orală, edeme şi oprirea creşterii. Se poate înlocui în acest caz laptele de vacă cu cel din soia. Laptele de vacă va putea fi apoi reintrodus cu prudenţă la vârsta de un an. Uneori poate apărea şi o alergie la laptele din soia fiind necesară alimentarea cu hidrolizat de proteine.

Laptele din soia conţine sirop de porumb sau sucroză, dar nu conţine lactoză şi este indicat în galactozemie şi în hipolactazia primară, ca şi în acele comunităţi care nu folosesc lapte de vacă. Produsul Wysoy nu este o soluţie pentru sugarii cu eczemă (p.674). În locul acestuia se recomandă utilizarea unui hidrolizat de proteine (de ex. Nutramigen). Laptele de soia trebuie să fie evitat în cazul copiilor prematuri, sau a celor care au probleme renale, din cauza conţinutului ridicat în aluminiu. De asemenea nu este indicată utilizarea laptelui de soia după gastroenterite simple.[2]

Înţărcarea. Laptele conţine suficiente elemente nutritive pentru primele 3 luni de viaţă. Între vârsta de 3 şi cea de 6 luni se vor introduce alimente solide sub formă de piureuri de cereale care se administrează cu linguriţa. Nu se vor adăuga cereale la laptele administrat cu biberonul. După 6 luni se poate folosi o formulă alimentară îmbogăţită cu proteine şi vor fi administrate şi alimente ceva mai solide pentru a învăţa copilul să mestece. După împlinirea vârstei de 1 an copilului i se poate da şi lapte obişnuit.

---

1 DoSS 1988 *Present Day Practice in Infant Feeding*, HMSO
2 SG Mitton 1994 *BMJ* i 266

Copilul prematur şi cel subponderal

Un nou-născut a cărui vârstă de gestaţie calculată de la ultima menstruaţie este mai mică de 37 de săptămâni este considerat prematur. Nou-născuţii sub-ponderali se împart în trei grupe:

1. cu greutate sub 2500 grame, dar normal din punct de vedere al vârstei de gestaţie;

2. cu greutate sub 2500 grame, dar care sunt mici din punct de vedere al vârstei de gestaţie (adică au o greutate cu 10% mai mică decât cea corespunzătoare vârstei de gestaţie - vezi mai jos);

3. copii prematuri subponderali, a căror greutate este mică ţinând seama de vârsta de gestaţie.

În UK 6% din nou-născuţi au o greutate mai mică de 2500 de grame la naştere, iar din aceştia 50% sunt prematuri. 5% din sarcini se termină prin naştere spontană prematură[1] şi 70% din totalul deceselor perinatale survin la nou-născuţi prematuri (mai ales dacă aceştia au şi o întârziere în creştere).

Greutăţile (în grame) la 10 procente în funcţie de durata gestaţiei

Săpt.gestaţie	Prim născut	băiat	fată	Naşteri ulterioare	băiat	fată
32		1220	1260		1470	1340
33		1540	1540		1750	1620
34		1830	1790		2000	1880
35		2080	2020		2230	2100
36	....	2310	2210	....	2430	2310
37		2500	2380		2600	2480
38		2660	2530		2740	2620
39		2780	2640		2860	2730
40		2870	2730		2950	2810

Cauzele prematurităţii nu sunt cunoscute în mod obişnuit. Fumatul, sărăcia şi malnutriţia joacă un rol important. Printre alte cauze se numără şi antecedente de sarcini premature, infecţii genito-urinare (de exemplu cu Mycoplasme), stările preeclamptice, polihidramnios, sarcini apropiate, sarcinile multiple, malformaţiile uterine, placenta praevia, ruptura prematură a membranelor. Travaliul poate fi declanşat înainte de termen din cauze voite sau accidentale (p.121).

Pentru estimarea vârstei gestaţionale se va folosi scala Dubowitz (p.352).

Nou-născuţi mici pentru vârsta gestaţională. Cauze şi asocieri: malformaţii, sarcini multiple, insuficienţă placentară (boli cardiace ale mamei, hipertensiune, fumat, diabet, siclemie, preeclampsie). Incidenţa copiilor născuţi vii cu greutate foarte mică (sub 1500 grame) este de 0,6%. Mortalitatea neonatală (28 de zile de la naştere) este de 25%. Dacă greutatea este mai mică de 500-600 grame doar circa 10% din copii vor supravieţui, în cel mai bun caz.

Copilul prematur şi cel subponderal

Vârsta gestaţională (bazată pe examenul cu ultrasunete) este mai importantă decât greutatea singură pentru prevederea posibilităţii de supravieţuire a fătului.

În cazul în care se anticipează prematuritatea se va transfera mama (înainte de naştere) la o unitate specializată - în cazul în care acest lucru este posibil. Dacă naşterea a avut loc se va asigura protecţie împotriva frigului. Determină glicemia. Dacă glicemia este mai mică de 2 milimoli/litru copilul va fi transferat la o unitate specială. Se va măsura glicemia înainte de fiecare masă. Mesele se vor administra la fiecare trei ore. În cazul în care alimentarea nu se poate face pe gură se va face prin tub. Dacă alimentarea orală este contraindicată (în prezenţa insuficienţei respiratorii) alimentarea se va face pe cale intravenoasă (p.288).

---

1 B Hibbard 1987 *BMJ* i 594   2 S Verloove-Vanhorick 1986 *Lancet* i 55

Evenimente obişnuite ale copilăriei[1]

Copilul care plânge. Nivelul cel mai înalt al plânsului este atins în jurul vârstei de două luni, când copilul plânge 2-3 ore pe zi, în special seara. Nu există nici un fel de deosebire între plânsul determinat de foame şi cel provocat de sete. Alimentarea la intervale regulate poate să provoace plâns la mulţi sugari, şi este de preferat ca alimentarea să se facă atunci când copilul o cere.[2] Orice contrariere a dorinţelor copilului poate determina un acces de plâns, însoţit de ţipete. Desigur că există explicaţii pentru plânsul copiilor, legate de efortul de supravieţuire, dar în secolul 20 această calitate poate avea efecte negative. Plânsul prelungit (asociat lipsei de înţelegere a părinţilor) poate duce la violenţă împotriva copilului, chiar la crimă. Plînsul unui sugar poate să aducă părinţii în pragul nebuniei şi este de preferat ca aceştia să fie ajutaţi *înainte* de a atinge acest stadiu. Lucrul cel mai important este să explici părinţilor că nu lipsa lor de eficacitate în îngrijirea copilului este cauza plânsului, şi să se încurajeze dezvoltarea unei mentalităţi optimiste, practice, părinţii odihnindu-se cu schimbul în timp ce copilul doarme.

Colica de 3 luni. Aceasta se manifestă cu plâns paroxistic însoţit de ridicarea picioarelor, având o durată de 3 ore, 3 zile pe săptămână. Nu se cunosc cauzele exacte, dar au fost implicate alergia la laptele artificial preparat din lapte de vacă, precum şi frustrarea părinţilor determinată de sarcină. Este posibil ca astfel de părinţi stresaţi să raporteze un număr mai mare de colici.3 În ceea ce priveşte tratamentul, s-a observat că nimic nu este de ajutor un timp mai îndelungat. Uneori legănatul poate atenua fenomenul şi studii randomizate[4] au arătat că dimethicon (simethicon), administrat sub formă de picături înainte de mese, este de asemenea util. Nu se va administra la copii sub vârsta de 1 lună. Un alt preparat, diciclomina, nu se mai administrează din cauza efectelor secundare. La copiii alăptaţi la sân suprimarea din alimentaţia maternă a laptelui de vacă poate avea efecte bune, ca şi folosirea laptelui derivat din soia la copiii alimentaţi cu biberonul (p.206). În orice caz se vor face eforturi pentru încurajarea părinţilor.

Probleme legate de somn. Acestea sunt numeroase, determină îngrijorarea părinţilor, şi sunt adesea ignorate. În cele mai multe cazuri explicaţii, încurajări şi sprijin acordate părinţilor vor fi suficiente, fără să fie nevoie a se recurge la medicamente. În cazul în care nu se poate evita tratamentul, se va folosi siropul de trimeprazin (≤ 2mg/kg). Tulburările de somn pot fi clasificate după cum urmează:[5]

Insomnia. Aceasta poate fi determinată de foame sau de colici (la sugari), de lipsa rutinei (la copii preşcolari) sau de anxietate (la adolescenţi). Înainte de a se folosi medicamente hipnotice se va încerca un tratament comportamental.

Crize nocturne. Acestea includ: • mişcări ritmice (izbirea capului), care este rareori o tulburare de dezvoltare; • noctambulism, spaime nocturne, adesea cu caracter familial. Copilul se trezeşte înspăimântat, halucinat, inaccesibil. În cazul în care aceste crize au un caracter regulat încearcă să trezeşti copilul înainte de declanşarea lor; • coşmaruri; • crize spastice nocturne (acestea vor fi investigate şi tratate).

Somnolenţă diurnă. Aceasta poate fi cauzată de insuficienţa somnului nocturn şi de apneea din timpul somnului (MMC, p.362).

Vomismente. Regurgitaţia fără efort este obişnuită în cursul meselor. De asemenea vomismentele între mese sunt un fenomen comun. În cazul în care acestea se repetă trebuie să se determine cauza, care poate fi gastroenterita, stenoza pilorică, hernia hiatală (p.322 însoţită sau nu de prezenţa mucusului şi sângelui), diverticul faringian sau obstrucţie duodenală (vomismentele conţin şi bilă). Se va urmări modul în care se alimentează copilul ceea ce poate facilita diagnosticul - de exemplu, în cazul în care vomismentul este proiectat peste marginea patului aceasta sugerează existenţa unei stenoze pilorice.

Erupţie provocată de scutec (dermatita de scutec, dermatita amoniacală) **1** este o erupţie eritematoasă, descuamativă, care nu afectează pliurile cutanate, foarte comună. Termenul nu este cel mai potrivit deoarece nu amoniacul este factorul care determină erupţia, ci umiditatea. Fenomenul se atenuează dacă se schimbă frecvent scutecele (se vor clăti bine), şi dacă se lasă pielea să se usuce. Se va folosi şi o cremă emolientă. Nu se vor folosi chiloţi cu cauciuc. Scutecele "în sens unic" pot fi utile pentru timpul nopţii (de ex, Snugglers)

2 Dermatita provocată de Candida este frecventă, această ciupercă putând fi izolată în 50% din erupţiile provocate de scutece. Semnul distinctiv îl constituie apariţia de erupţii satelite, dincolo de marginile erupţiei principale. Este nevoie de un examen micologic (p.666), iar tratamentul va consta din administrarea de nistatin sau clotrimazol sub formă de cremă, sau cu o asociere de nistatin şi hidrocortizon.

3 Dermatita seboreică eczematoasă este o erupţie difuză, roşiatică, care pătrunde şi în pliurile cutanate, adesea asociată cu alte semne de piele seboreică. Tratamentul este asemănător cu cel aplicat în dermatita de scutec. Se vor evita: acidul boric şi steroizii fluorinaţi (deoarece se obsorb în sânge), antifungicele administrate oral (sunt hepatotoxice) şi violetul de genţiană (din cauza faptului că pătează).

1 G Still 1983 *Common Happenings in Childhood*, OUP and I St James - Roberts 1991 *Arch Dis Chi* 66 653
2 P Rautava 1993 *BMJ* ii 600
3 S Thacker 1993 *BMJ* ii 869
4 KS Sethi 1988 *Practitioner* 232 508
5 G Storrs 1992 *Arch Dis Chi* 67 1420

Creşterea şi deficitul de dezvoltare

▶Caracteristica esenţială a perioadei copilăriei o constituie capacitatea de a creşte şi a se dezvolta.

Se va folosi orice ocazie pentru a măsura şi a cântări copilul. O serie de înregistrări, proiectate pe o tabelă centesimală (p.350) arată dacă creşterea este deficitară (curba creşterii traversează sutimile).

Nota traducătorului: Se foloseşte în text termenul de "centil" (o abreviaţie de la "percentil") tradus aici prin "sutime". Definiţia din dicţionarul Webster a termenului "percentil" este următoarea: "valoarea unei variabile statistice care marchează limita dintre două intervale consecutive - oricare ar fi ele, dintr-o distribuţie de 100 de intervale, fiecare din acestea conţinând o sutime (1/100) din populaţia totală".

Prin **deficit de dezvoltare** ("failure to thrive" sau non-dezvoltare) se înţelege incapacitatea de a câştiga în greutate în mod adecvat în perioada de sugar. În mod tipic, în astfel de cazuri circumferinţa capului este în raport cu creşterea lineară, care, la rândul ei, este în relaţie cu greutatea corporală.[1] În 95% din cazuri această creştere insuficientă este datorită fie unei cantităţi insuficiente de hrană, fie unei absorbţii insuficiente a hranei oferite. În ţările Lumii a Treia cauza este cel mai adesea sărăcia. În ţările dezvoltate fenomenul se datorează unor dificultăţi ale familiei, unor relaţii proaste între părinţi, unei insuficiente comunicări afective sau unor tehnici de alimentare necorespunzătoare.

Printre *alte cauze* ale deficitului de dezvoltare se numără: infecţiile cronice, boli gastrointestinale sau metabolice (insuficienţă renală, acidoză tubulară, diabetul insipid sau zaharat, hiperplazia suprarenală congenitală, hipotiroidismul, imunodeficienţele), boli cardiace.

Uneori este vorba doar de un tip de "creştere diferită", observat la un copil de aspect normal, dar de statură mică (aceasta putând fi datorită unei prematurităţi, subponderalităţii la naştere, faptului că părinţii sau fraţii/surorile sunt de statură mică), în special dacă sugarul are un aer mulţumit şi se comportă normal).

În cadrul examenului se vor evalua următoarele aspecte:[2]

- comportare, nivel de activitate,
- starea generală a sănătăţii, aspectul de mulţumire al copilului,
- prezenţa unor eventuale semne de maltratare (p.336),
- starea materială a familiei,
- înălţimea membrilor familiei,
- tipul de alimentare,
- caracteristici dismorfice,
- boli ale părinţilor.

În general trebuie adoptat un anumit scepticism în legătură cu datele care vă sunt oferite de familie. Te vei interesa dacă atunci când a fost cântărit, copilul era îmbrăcat. În ceea ce priveşte măsurătorile de lungime, acestea sunt în mod deosebit expuse la eroare.

Probleme care trebuie rezolvate în cadrul spitalului includ: • hrănirea copilului şi interacţiunea mamă-copil. Astfel, în cazul în care copilul este alăptat la sân, trebuie să vezi dacă prinde bine sânul. În cazul în care nu prinde decât mamelonul este foarte probabil că nasul îi va fi comprimat de canalele lactifere şi deci nu va putea să se alimenteze. În cazul în care este alimentat cu biberonul trebuie să se vadă dacă orificiul tetinei este suficient de larg pentru a asigura curgerea liberă a laptelui. Un alt aspect care trebuie evaluat este dacă sugarul reîncepe să câştige în greutate în cazul în care este separat de familie. În fine, trebuie să se evalueze dacă este necesară protejarea copilului (împotriva unor eventuale maltratări).

A şti când şi cum să se facă investigarea presupune o mare abilitate profesională. Din punctul de vedere al copilului este mult mai bine să se ceară opinia unui coleg cu experienţă, înainte de a începe o serie de teste care sunt dificile şi costisitoare. Într-un studiu efectuat în 1994 s-a constatat că numai 39, dintr-un total de 4880 de teste paraclinice s-au dovedit a fi utile.[3] Investigaţiile vor include: sumar de urină (există riscul unor rezultate fals pozitive în cazul în care se folosesc saci pentru colectarea urinii), glicemie, calciu ionic, proteine plasmatice, proteină C-reactivă, T_4, TSH, hemoleucogramă, cromatografie de aminoacizi urinari, examenul scaunului, radiografii, ecografie renală sau de SNC, studii ale scheletului pentru identificarea nanismului (sau a unor maltratări) biopsie jejunală, ecocardiogramă, electrocardiogramă etc.

Copilul de statură mică

Prin statură mică se înţelege o statură sub cel de-al treilea percentil (vezi definiţia mai sus). În cazul în care părinţii sunt amândoi de talie mică copilul va fi, foarte probabil, un copil de talie mică (în 80% din cazurile de copii cu statură mică aceasta este de natură constituţională). Hipopituitarismul (una din cauzele importante ale unei staturi mici) se manifestă de la vârsta de 2 ani în sus, fiind însoţit de obezitate relativă, şi fără să existe o altă explicaţie pentru încetinirea creşterii. Deficienţa hormonului de creştere poate fi pusă în evidenţă prin creşterea ineficientă a hormonului de creştere din ser (sub 15 mU/l), după un stimul adecvat, cum este somnul sau hipoglicemia (indusă prin administrarea intravenoasă de insulină - OHCM, p.566). Scopul acestor determinări este să se stabilească cauza staturii mici înainte de începerea şcolarizării. De altfel, pentru a fi eficace, hormonul de creştere trebuie administrat devreme, în doze de 0.5-0.7 U/kg/săpt., şi în cantităţi mai mari în perioada pubertăţii. Este de preferat să se administreze zilnic, în loc de schema anterioară, care prevedea o administrare de trei ori pe săptămână. Este posibil ca şi alţi hormoni pituitari (hipofizari) să prezinte deficienţe.[3] OHCM, p.566 Printre alte cauze de statură mică se numără: malnutriţia, întârzierea creşterii intra-uterine, hipotiroidismul, achondroplazia. Pe de altă parte, trebuie menţionate şi cauzele unei înălţimi excesive, printre care se numără: tireotoxicoza, pubertatea precoce, sindromul Marfan, homocistinuria etc.

Boala celiacă

Malabsorbţia se prezintă adesea însoţită de diaree, anemie (cu deficit de folaţi sau de fier), şi de o incapacitate de dezvoltare. Teoretic, deşi rareori şi clinic, poate coexista şi rahitismul. Abdomenul poate fi proeminent, cu eversiune a ombilicului, *cauza* fiind enteropatia indusă de gluten (care se găseşte în grâu şi orz). Pentru biopsia de intestin subţire se înghite o capsulă Crosby care este dirijată spre intestinul subţire sub control radiologic şi activată prin sucţiune.

Diagnosticul[4] se face la nivelul vilozităţilor unde apare o atrofie în perioada în care pacientul consumă gluten, atrofie care se remite (cu dispariţia completă a fenomenelor clinice) atunci când se exclude glutenul. În cazul în care există îndoieli cu privire la eficienţa excluderii glutenului se poate face un "test de provocare cu gluten". Diagnosticul este confirmat de prezenţa anticorpilor anti-endomisium şi anti-reticulină, şi a IgA-gliadinei în timpul alimentaţiei care conţine gluten, şi dispariţia acestor anticorpi atunci când glutenul este eliminat din alimentaţie.

În ceea ce priveşte *tratamentul* acesta va consta dintr-un regim fără gluten. Se vor elimina grâul, orzul, secara şi orice preparate care conţin făine din aceste graminee (pâine, prăjituri, plăcinte), fiind înlocuite cu orez, soia, cartofi, zahăr etc. Se pot prescrie biscuiţi, făină, pâine şi paste făinoase lipsite de gluten. Se va ţine seama de faptul că cele mai mici abateri de la dietă pot să provoace recrudescenţa fenomenelor clinice. Se poate încerca o reintroducere prudentă a glutenului.

Alte cauze de malabsorbţie pot fi: parazitarea cu Giardia, prezenţa infecţiilor cu rotavirusuri, dezvoltarea exagerată a bacteriilor, sensibilitatea la lapte.

1 M Donaldson 1994 *BMJ* i 596 2 H Marcovitch 1994 *BMJ* i 35
3 *Drug Ther Bul* 1989 27 97 4 JA Walker - Smith 1990 *Arch Dis* **65** 909

Diareea

Diareea este cauza decesului a 3 milioane de copii anual (în întreaga lume).1 Uneori fecalele sunt atât de lichide încât sunt confundate cu urina. NB: copiii alăptaţi la sân au în mod normal scaune lichide, şi uneori laptele de vacă poate provoca apariţia de scaune lichide de culoare verzuie, care însă nu au semnificaţie patologică. Diareea poate fi primul semn al unei infecţii urinare sau al oricărei boli septice.

Gastroenterita. Aceasta este o infecţie a intestinului subţire care provoacă diaree (însoţită sau nu de vomismente). Pericolul cel mai mare este deshidratarea şi dezechilibrul electrolitic (p.292). Infecţia cu un rotavirus este cel mai adesea la originea gastroenteritei, dar aceasta poate fi provocată şi de alte virusuri, cum sunt astrovirusul, calcivirusul şi agentul Norwalk.

Tratament. ▶În cazul în care s-a produs deshidratare, vezi indicaţiile de la p.292. Copilul trebuie cântărit (pentru a monitoriza evoluţia şi a evalua gradul deshidratării, în cazul în care dispunem de informaţiile oferite de o cântărire recentă). Se opreşte alăptarea cu biberonul precum şi alimentarea cu solide (dar se continuă alăptarea la sân), şi se începe o dietă de rehidratare pe cale orală cu un amestec de tip Rehidrat®. Laptele se poate reintroduce după 24 de ore (fără să fie necesar ca aceasta să se facă în mod progresiv), sau chiar mai repede dacă sugarul şi-a revenit şi dă semne de foame. Întreruperea prelungită a alimentării întârzie vindecarea, iar folosirea unei alimentaţii normale, în timpul cel mai scurt, este lipsită de riscuri, chiar pentru sugarii mici.2 În cazul în care sugarul este alăptat la sân şi simptomele nu sunt grave se poate continua alăptarea (pentru a se asigura transferul de anticorpi, ca şi pentru a menţine secreţia de lapte - p.204).

Complicaţii. Acestea pot fi deshidratarea şi malnutriţia. Rareori, după un episod de diaree şi vomismente, se instalează o intoleranţă temporară la zaharuri, manifestată cu scaune apoase explozive, care se va trata prin eliminarea din alimentaţie a lactozei.

Examene de laborator. Se va examina scaunul pentru agenţi patogeni, inclusiv ouă, chisturi şi paraziţi.

Prevenirea gastroenteritei se face prin menţinerea unei igiene bune, asigurarea apei de bună calitate şi a unei alimentaţii adecvate, educaţia mamei şi controlul infestării cu muşte.

Cauzele secretorii ale diareei. Acestea pot fi infecţiile bacteriene (Campilobacter, stafilococ, *E.coli*, şi, în cazul în care condiţiile sanitare sunt proaste, Salmonella, Shigella şi *Vibrio cholerae)*, giardiaza, infecţiile cu rotavirusuri, amibiaza, infestarea cu criptosporidium, sau boala inflamatorie a intestinului.

Diareea copilului mic care a început să meargă, mai este cunoscută şi sub numele de "diareea de morcovi şi mazăre" şi este de fapt un tranzit alimentar rapid. Afecţiunea dispare cu timpul.

Alte cauze: alergia (boala celiacă, alergia la dizaharide, intoleranţa la galactoză, glucoză sau lactoză - aceste substanţe reductoare pot fi puse în evidenţă prin amestecul a 5 picături din scaunul lichid cu 10 picături de apă, determinarea efectuându-se cu o tabletă de Clinitest®); utilizarea de antibiotice, deficitul de cupru, magneziu sau deficite vitaminice, boala Kwashiorkor.

Cauzele diareei sanguinolente pot fi: infecţia cu Campilobacter, enterocolita necrozantă (la nou-născut), intususcepţia intestinală (la cei mai mici de 4 ani), colita pseudomembranoasă, boala inflamatorie a intestinului - rară, chiar la copii mai mari de vârstă.

Malnutriţia

Malnutriţia nu se întâlneşte în mod obişnuit în ţările dezvoltate dar este una din cauzele majore de mortalitate şi morbiditate infantilă în întreaga lume, şi din acest motiv are importanţă pentru noi toţi.

Kwashiorkor-ul este datorat unei lipse alimentare de proteine şi aminoacizi esenţiali. Boala este caracterizată de întârziere în dezvoltare, diaree, apatie, anorexie, edeme, depigmentarea tegumentelor şi a părului, anemie şi distensie abdominală. Valorile serice ale glucozei, potasiului, magneziului, colesterolului şi albuminei sunt scăzute. *Tratamentul* constă în reeducarea copilului şi a familiei acestuia (precum şi a factorilor politici), şi în asigurarea unei diete cu cantităţi progresiv crescute de proteine de calitate şi de vitamine.

Marasmul. Este caracterizat de deficit caloric -şi o discrepanţă marcată între înălţime şi greutate. Copilul prezintă distensie abdominală, diaree alternând cu constipaţie, infecţii. *Examenul de laborator* va pune în evidenţă o scădere a albuminei serice. La copii mici o circumferinţă a treimii mijlocii a braţului mai mică de 9,9 cm (indiferent de vîrstă) este un indicator mai bun al stării de malnutriţie gravă decât markeri tradiţionali ai acesteia (ca, de exemplu, 65% din greutatea medie corespunzătoare vârstei, 85% din înălţimea medie a vârstei şi 70% din greutatea medie a înălţimii).

Tratament. Uneori poate fi necesară alimentarea parenterală, pentru a restabili o stare de hidratare şi o funcţie renală normale. În stadiul următor se asigură o dietă echilibrată şi suplimente vitaminice. Cu toate acestea, atît statura cît şi circumferinţa craniană pot să rămână mici.

N.B. Kwashiorkor-ul şi marasmul pot coexista.

1 C Burn 1992 *Bul of WHO* **70** 705 2 F Chew 1993 *Lancet* **341** 194

3. Pediatrie

Malnutriţia

Infecţiile tractului urinar (ITU, UTI)

Simptomatologie. ▶Adesea copilul nu are manifestări specifice. Sugarii pot să manifeste simptome de septicemie iar copiii mai mari, simptome de gastroenterită, dezvoltare deficitară sau colici. La mulţi copii care prezintă disurie şi micţiuni frecvente nu se pot pune în evidenţă semne clare de infecţie a căilor urinare, iar fetiţele prezintă adesea vulvită. Dintre cei cu simptome clare de infecţie a căilor urinare, 35% au reflux vezico-ureteral, 14% au cicatrice renale, 10% au litiază urinară, 3% vor face hipertensiune şi mai puţin de 1% evoluează spre insuficienţă renală.

Definiţii. Bacteriuria: prin aceasta se înţelege prezenţa de bacterii în urina care nu a fost contaminată de către flora uretrală. Bacteriuria poate fi asimptomatică şi poate duce la *pielonefrită cronică* şi insuficienţă renală. Infecţia tractului urinar este caracterizată de bacteriurie simptomatică, localizarea infecţiei putând fi la diferite nivele. Astfel, durerile lombare însoţite de febră indică existenţa unei *pielonefrite.* În acest caz se vor căuta în urină cilindrii leucocitari şi se vor face uroculturi. În ceea ce priveşte *pielonefrita cronică* aceasta presupune un diagnostic histologic. Prezenţa unei cicatrice corticale asociată unei dilatări caliciale este cheia diagnosticului. După vârsta de 4 ani rareori apar noi cicatrice. Pielonefrita cronică este o cauză majoră a insuficienţei renale. În timpul micţiunilor urina poate reflua în ureter, iar fenomenul poate fi identificat cu ajutorul unei cistograme - care presupune introducerea unui cateter în vezica urinară. Refluxul ureteral poate fi de mai multe grade: gradul **I** - umplere incompletă a tractului genito-urinar superior, fără dilatare; gradul **II** - umplere completă a tractului asociată cu o dilatare uşoară; gradul **III** - dilatarea caliciilor renale.

Epidemiologie. Incidenţa anuală a infecţiilor aparatului urinar la copii este: 0,17-0,23% la băieţi şi de 0,31-1% la fetiţe (la nou-născuţi raportul este inves). În cazul copiilor mai mici de 2 ani infecţiile tractului urinar sunt recurente în 35% din cazuri. Prevalenţa bacteriuriei asimptomatice la fetiţele de şcoală este de 1-2%, iar prevalenţa anomaliilor radiologice asociate infecţiilor tractului urinar este de 40% (dintre care jumătate prezintă semne de reflux ureteral, restul având semne de malpoziţionare, duplicare, megaureter şi hidronefroză).

Examene.[1] [2] *Colectarea urinei.* În cazul nou-născutului se spală cu blândeţe organele genitale cu apă călduţă şi se loveşte repetat cu vârfurile a două degete în zona suprapubiană la intervale de 1 minut. Examenul se face la o oră după o masă. Se aşteaptă prinderea unei *porţiuni curate* de urină, evitându-se primul jet. Examenul microscopic şi urocultura trebuie făcute imediat. O cantitate mai mare de 108 microorganisme/litru de urină (cultură pură) stabileşte diagnosticul de infecţie urinară. Orice germen care se găseşte în urina obţinută prin *aspiraţie suprapubiană* este semnificativ (iar aceasta este cea mai sigură modalitate de a exclude existenţa unei infecţii urinare). Metodă: se curăţă tegumentele în zona care corespunde vezicii urinare şi se introduce un ac tip 21-23G pe linia mediană, la 2,5 cm deasupra simfizei pubiene. Se aspiră pe măsură ce se pătrunde în profunzime. Alte mijloace: Microstix® (pentru culturi), pungi pentru colectarea urinei care se aplică în zona perineală - dau multe rezultate fals pozitive (între 7 şi 64%, în funcţie de tipul de sac), saci Hollister, recomandaţi deoarece sunt echipaţi cu un sistem de valve.

Ultrasunete: sunt indicate deoarece constituie un mijloc de examinare neinvazivă. Specificitatea este de 99%, sensibilitatea de 43%. Cu acest examen există riscul de a nu putea pune în evidenţă cicatricele renale şi refluxul ureteral. Aproape toate leziunile pe care ultrasonografia nu le poate evidenţia fie apar la copii mai mici de 2 ani, fie se însoţesc de febră şi vomismente, iar dacă acesta este cazul se va efectua o renogramă cu *Technetium-99* (de tip static pentru evidenţierea cicatricelor renale şi de tip dinamic pentru uropatia obstructivă) şi o *cistografie izotopică.*[3] În cazul nou-născuţilor băieţi *cistouretrografia în micţiune* este cea mai sigură metodă de excludere a refluxului urinar.

Tratamentul infecţiei căilor urinare va consta din administrarea de • Trimethoprim 50mg/5ml, 50mg/12 h pe cale bucală timp de 5 zile. Dozele se înjumătăţesc la copiii mai mici de 6 luni şi se dublează dacă este vorba de copii mai mari de 6 ani; se mai poate da acid nalidixic sau co-amoxiclav. • Se recomandă ingestia unei cantităţi mai mari de lichide. • Se va evita constipaţia. • Se vor face eforturi pentru a asigura o golire completă a vezicii.

Tratamentul refluxului ureteral. Reimplantarea ureterelor poate reduce refluxul urinar, dar cicatricele se menţin. Se va continua antibioterapia profilactică.

Prevenire: Chiar un singur episod de reflux al unei urini infectate poate să iniţieze un proces de pielonefrită cronică. Din acest motiv, cercetarea urinei pentru a pune în evidenţă bacterii este inutilă. Odată însă ce există indicaţii că ne aflăm în faţa unei infecţii a căilor urinare (de exemplu ca urmare a unui examen microscopic al urinei) la un copil mic se va trece imediat la tratamentul infecţiei, înainte de a cunoaşte sensibilitatea germenilor la diferiţii agenţi, şi aceasta din cauza riscului de apariţie a leziunilor renale. În perioada pre-chirurgicală se va folosi în scop profilactic trimethoprim. Se vor examina şi ceilalţi copii din familie.

1 M Taylor 1986 *BMJ* i 990 2 UTI Group 1991 *J Roy Col Phys* **25** 36
3 A Rickwood 1992 *BMJ* i 663

Leucemia limfoblastică acută (LLA)

Leucemia limfoblastică acută este cea mai frecventă formă de leucemie la copii.

În ceea ce priveşte frecvenţa altor forme de leucemie, vezi MMC p.536-40, iar pentru boala Hodgkin vezi MMC, p.606.

Cauzele sunt necunoscute dar au fost implicate expunerile paterne la rumeguş, benzen (petrol), şi radiaţie ionizantă anterioare concepţiei.[1] [2]

Clasificare: *leucemia limfoblastică acută comună* reprezintă 75% din totalul cazurilor. Celulele blastice nu au nici caracteristicile celulelor T, şi nici pe cele ale limfocitelor B, dar au un polipeptid caracteristic pe suprafaţa membranei celulare. Vârsta medie la care apare boala este de 4 ani. Prognosticul este bun, cu 86% supravieţuiri la 5 ani de la diagnostic.

Leucemia limfoblastică cu celule B este caracterizată de prezenţa unor celule blastice care amintesc pe cele din limfomul Burkitt. Şi acestea au imunoglobuline pe suprafaţă. Prognosticul este mai puţin bun decât în cazul formei comune, dar este în curs de îmbunătăţire, cu o supravieţuire de 70% la 5 ani de la diagnostic.

Leucemia limfoblastică cu celule T se manifestă la copii a căror vârstă medie este de 10 ani. În ceea ce priveşte prognosticul, se constată o supravieţuire fără fenomene de boală la 40-50% din cazuri.

În *leucemia limfoblastică acută de tip 0* celulele blastice nu prezintă nici una din caracteristicile celulelor din celelalte forme de LLA.

Prognosticul este mai puţin bun la următoarele categorii de bolnavi:[3] cei de rasă neagră, băieţi, cei cu valori ale numărului de leucocite mai mari de 100×10^9/l, cei la care apare translocaţia Philadelphia (9;22) (q34:q11) - observată la 12% din cazuri (cu numai 0-15% supravieţuitori).

Caracteristici clinice: pancitopenie (paloare, infecţii, sângerări), oboseală, anorexie, febră, dureri osoase (pe măsură ce elementele blastice invadează măduva hematoformatoare). Perioada care precedă diagnosticul este de obicei scurtă (2-4 săptămâni).

Investigaţiile de laborator pun în evidenţă: creşterea numărului de leucocite (dar acestea pot de asemenea fi prezente în limite normale sau chiar scăzute), anemie (normocitară, normocromică), cu sau fără trombocitopenie. În măduva hematoformatoare între 50 şi 98% din celulele nucleate sunt celule blastice. În lichidul cefalo-rahidian se constată pleocitoză (cu forme blastice), creşterea proteinelor, scăderea glucozei, iar în ser se observă creşterea concentraţiei de acid uric şi a lactat-dehidrogenazei.

Tratament.[4] Tratamentul presupune inducerea remisiunii, profilaxia tulburărilor la nivelul lichidului cefalo-rahidian şi terapia de întreţinere. Infecţia cu pneumocistis poate fi prevenită prin administrarea de co-trimoxazol (10 mg/kg/12 ore, pe cale orală). Când numărul de leucocite este mai mic de 1.0×10^9/l se va folosi un regim neutropenic (vezi MMC, p.530). Ca medicamente se folosesc: ciclofosfamidă în cantităţi mari, citarabină, metotrexat (administrat intra-rahidian), mercaptopurină, asparaginază, vincristină, prednisolon. Odată obţinută remisiunea se va încerca consolidarea ei prin folosirea de medicamente care nu dau rezistenţă încrucişată, pentru a se reduce clona leucemică, a se scădea frecvenţa mutantelor rezistente la medicamente, şi a se împiedica deci recăderea. Folosirea unor regimuri de tratament din ce în ce mai intense, adaptate la grupul de risc al pacienţilor, a determinat fie o reducere a iradierii meningeale preventive, fie chiar eliminarea acesteia, în parte din cauza temerilor de a se induce reacţii neoplazice în alte regiuni (riscul de tumori ale sistemului nervos central sau al leucemiei mieloide acute secundare este de 3-4%).

Dificultăţi: • apariţia de infecţii grave care nu se însoţesc nici de febră şi nici de tahicardie (zoster, virus citomegalic, candidiază, pneumocistoză). Infecţiile vor fi tratate conform indicaţiilor de la p.290;

• hiperuricemie ca urmare a distrugerilor masive de celule. Se poate preveni cu ajutorul ingestiei de cantităţi mari de lichide şi administrării de alopurinol (10-20 mg/kg/zi);

• ignorarea calităţii vieţii pacientului. Trebuie să se găsească mijloacele necesare pentru a amuza copilul în timpul tratamentului pentru această afecţiune;

• există riscul de a se omite examinarea testiculelor (care sunt adesea locul unde se manifestă recăderea);

• administrarea unor transfuzii care nu sunt eficiente (de ex., dacă numărul de leucocite este mai mare de 100×10^9/l se produce leucostază care poate complica administrarea transfuziilor);

• o altă problemă o constituie lipsa de încurajare şi de sprijin pentru complianţă în desfăşurarea tratamentului (pediatrii pot să depăşească această dificultate mai bine decât medicii care se ocupă de adulţi, vezi p.192).

1 M Gardner 1987 *BMJ* ii 822
2 P McKinney 1991 *BMJ* i 681
3 D Hoelzer 1993 *NEJM* 329 1343
4 GK Rivera 1993 *NEJM* 329 1289

Fibroza chistică

Aceasta este boala autosomală recesivă cea mai obişnuită (1/2000; - 1/22 dintre copiii de rasă caucaziană sunt purtători). Copiii se nasc cu o disfuncţie a glandelor exocrine care duce la o obstrucţie gastrointestinală neonatală (ileus de meconiu) şi la pneumonie recurentă în tot cursul vieţii - ceea ce adesea are drept rezultat bronşiectazia. Moartea survine din cauza infecţiilor respiratorii grave şi a cordului pulmonar, cu toate că mulţi dintre bolnavi ating în prezent vârsta adultă (durata medie de viaţă a acestor cazuri este acum de 30 de ani). Se pot efectua teste prenatale şi pentru determinarea stării de purtător (vezi p.248) - gena anormală se găseşte pe cromozomul 7, proteina fiind denumită factorul regulator transmembranar al fibrozei chistice.▣

Diagnostic. Zece la sută din cazuri se prezintă cu ileus meconial în perioada neonatală. Majoritatea cazurilor au manifestări mai tardive, constând din infecţii respiratorii recurente asociate sau nu cu degete de toboşar (hipocratism digital), steatoree sau creştere deficitară. *Testul transpiraţiei:* ionii de sodiu din transpiraţie au valori mai mari de 60 milimoli/litru (testul nu este precis dacă se colectează o cantitate de transpiraţie mai mică de 100 mg, sau dacă discrepanţa dintre sodiu şi clor este mai mare de 20 milimoli/litru). Testul în sine este dificil şi din acest motiv este necesar să fie efectuat de un tehnician cu experienţă.

Alte investigaţii: radioscopia toracică pune în evidenţă umbre care sugerează bronşiectazie, mai ales în lobii pulmonari superiori. Bateria de teste pentru malabsorbţie. Testul de toleranţă la glucoză. Teste pentru funcţia pulmonară. Culturi din spută. Infecţia cu micobacterii poate afecta până la 20% din bolnavi şi va trebui luată în consideraţie în cazurile în care se produce o deteriorare rapidă a stării generale.

Tratament. Creşterea duratei de supravieţuire este datorată în mare măsură utilizării prompte a antibioticelor active, şi unei nutriţii mai bune.

Probleme respiratorii: fizioterapia va trebui începută (în ritm de 3 şedinţe pe zi) chiar la stabilirea diagnosticului. Părinţii pot fi învăţaţi să facă acest lucru prin percuţie şi drenaj postural. Copiii mai mari pot fi învăţaţi tehnica expiraţiei forţate.[1]

Organismele care determină infecţii la copii mici sunt de obicei stafilococul auriu, *H.influenzae* (rar) şi *Streptoccoccus pneumoniae.* Infecţia cu *Pseudomonas aeruginosa* survine mai târziu, dar cu timpul peste 90% din bolnavi se vor infecta cronic.[2] Infecţia cu *Ps cepacea* este urmată de o progresie rapidă a bolii pulmonare (bolnavul trebuie izolat). Infecţiile acute vor fi tratate după ce se vor fi efectuat culturi din spută. Dacă bolnavul are simptome grave se vor administra ticarcilină (50-60 mg/kg/6 ore) asociat cu netilmicină (p.280), sau cu ceftazidim singur (10-30 mg/kg/8 ore, iv) chiar înainte de a se cunoaşte rezultatele culturilor din spută. Internarea poate să nu fie necesară dacă se administrează acasă ticarcilină sub formă de aerosoli şi tobramicină.[1] Dacă apar probleme legate de obstrucţia reversibilă a căilor respiratorii se administrează salbutamol sub formă de inhalaţie şi se va căuta să se identifice prezenta de Aspergillus în spută. Transplantul pulmonar (cord+plămân, sau ambii plămâni) poate să dea rezultate în unele cazuri, rezultatele bune fiind condiţionate de disponibilitatea donatorilor (se va evita încurajarea familiei). Se vor practica vaccinările pentru Pertussis şi pentru rujeolă.

Probleme gastrointestinale: majoritatea bolnavilor au steatoree din cauza malabsorbţiei pancreatice şi necesită administrarea de enzime (Pancrex V® sub formă de pulbere amestecată cu alimentele în cazul copiilor mici, şi Pancrex V Forte®-10 tablete la fiecare masă, pentru cei mari). Dacă enzimele se administrează sub formă de microsfere (Pancrease, Creon 25000®) sunt necesare mai puţine tablete. Uneori este nevoie să se administreze şi Cimetidin (10 mg/kg, per os, la 30 minute înainte de fiecare masă). În cazul în care acest tratament permite controlul steatoreei nu este necesar să se administreze o dietă cu conţinut redus de grăsimi, dar este necesară administrarea în continuare a suplimentelor de vitamine (A şi D) şi capsule multivitaminice la copiii mai mari. Dieta trebuie să fie de tip hiperproteic şi hipercaloric.

În cazul în care survine obstrucţia intestinală (de ex. prin omisiunea administrării Pancrex-ului®) este necesară internarea de urgenţă într-o clinică de specialitate pentru efectuarea unui tratament adecvat (laparotomia este contraindicată afară de cazul în care perforaţia este iminentă[1]).

Probleme psihologice: atât părinţii cât şi copiii au nevoie de consiliere efectuată de un expert. Centrele regionale şi Trustul pentru cercetarea Fibrozei Chistice pot fi de ajutor.[3]

Complicaţii: hemoptizia (este rareori gravă), polipi nazali, pneumotorax (în 20% din cazuri), diabet, ciroză, litiază colesterolică (în 10% din cazuri), osteoartropatie pulmonară, infertilitate masculină din cauza stenozei sau absenţei vaselor deferente.

▶**Consilierea genetică** se va face fiecărei familii care are astfel de copii (p.252).

Ileus meconial. Copilul prezintă vomismente în primele două zile de viaţă. Prin peretele abdominal se pot vedea buclele intestinale destinse, iar în cazul în care într-una din bucle se poate palpa o masă solidă aceasta indică prezenţa unui dop de meconiu. În majoritatea celorlalte cazuri de obstrucţie gastrointestinală filme radiologice efectuate în decubit lateral vor pune în evidenţă nivel de lichid dar nu este cazul ileusului cu meconiu, când se observă mici bule de aer în masa de meconiu. Tratament: se introduce un tub naso-gastric. Se cere părerea unui specialist. Poate fi necesară excizia chirurgicală a ileonului distal (sau acelei părţi din intestin care conţine cea mai mare parte a meconiului).

[1] *Drug Ther Bul* 1986 **24** 81

[2] S Fiel 1993 *Lancet* **341** 1070

[3] 5 Blythe Road, Bromley, Kent, UK tel 0181 464 7211

Febra reumatică (reumatismul acut)

Aceasta este o boală sistemică febrilă provocată de o reacţie de sensibilitate încrucişată la streptococul beta-hemolitic de grup A, şi care, la 2% din populaţia susceptibilă, poate să determine leziuni permanente la nivelul valvelor cardiace. Boala este comună în ţările Lumii a Treia, dar a devenit rară în ţările dezvoltate unde are o incidenţă de 5-10 cazuri la un million de copii, cu toate că s-au observat "buzunare" de resurgenţă în Statele Unite, în regiuni cu suprapopulaţie[1] care favorizează răspândirea streptococului. Unele serotipuri streptococice de grup A specifice sunt cunoscute ca fiind în mod particular reumatogene, cum este cazul serotipurilor de tip 5 ale proteinei M. Alte serotipuri ubicuitare par să nu fie reumatogene (de exemplu tipul 12).

Diagnostic. Prezenţa a două din criteriile majore ale lui Jones, sau a unui criteriu major şi a unui criteriu minor, precedate de o infecţie streptococică (scarlatină, titru ASLO mai mare de 333 U/l, culturi pozitive pentru streptococul beta-hemolitic din exsudatul faringian) constituie elemente semnificative pentru confirmarea febrei reumatice.

Criteriile majore (revăzute)[2]	Criteriile minore (revăzute)[2]
Cardită (unul din simptomele: murmur; cardiomegalie, fricţiune pericardică)	Febră VSH peste 20 mm/h sau prezenţa proteinei C-reactive
Poliartrită (adesea migratorie)	Artralgii (durere fără umflătură)
Eritem marginat (p.656)	ECG: interval PR mai mare de 0,2 s
Noduli subcutanaţi	Febră reumatică sau boală cardiacă reumatică în antecedente
Coree Sydenham (p.848)	

Articulaţiile afectate pot fi deosebit de sensibile la atingere. Cel mai adesea sunt afectaţi genunchii, gleznele, coatele şi încheietura pumnului. Nu există sechele permanente. Dacă pacientul are semne de febră reumatică, dar puţine semne de cardită ecografia Doppler va pune în evidenţă o regurgitaţie mitrală care este inaudibilă.[1] Leziunea clasică este "petecul" endocardic al lui MacCullam, vizibil la baza valvei mitrale posterioare. Valvele aortică, pulmonară şi tricuspidă sunt afectate în ordine descrescătoare.

Tratamentul febrei reumatismale constă în următoarele:

- repaus la pat şi imobilizare (pentru a permite odihna inimii şi a articulaţiilor);
- tratamentul durerilor articulare (aspirină, 80 mg/kg/zi, ca în boala Still, p.848);
- in cazul carditei grave se va consulta un specialist. Uneori este necesar să se administreze prednisolon (2 mg/kg/zi);
- penicilină pentru tratamentul faringitei (125 mg/6h, per os) precedată de administrarea unei doze de benzilpenicilină (25 mg/kg, i.m., sau i.v.).

Profilaxie. Febra reumatică poate fi recurentă. Pentru a preveni această recurenţă se va administra fenoximetilpenicilină sau sulfadimadin (250 mg/zi, pe cale orală). Intervenţiile chirurgicale sau îngrijirile dentare vor fi protejate prin administrarea de antibiotice (vezi mai jos).

Endocardita infecţioasă (bacteriană)

Semnele de debut ale acestei afecţiuni sunt febra, splenomegalia, anemia, erupţii cutanate, insuficienţa cardiacă, hematurie microscopică şi murmur cardiac. Alte semne sunt descrise la p.302.

Tratamentul afecţiunii înainte de identificarea agentului cauzal. Se vor face, în primul rând, trei hemoculturi, după care se va administra benzilpenicilină (25mg/kg/4h, i.v.) + netilmicin (2mg/kg/8h, i.v. - p.280).

Pentru **prevenirea endocarditei infecţioase** la cei care au leziuni cardiace se va administra ampicilină (30mg/kg, i.m./i.v.) + genatmicin (2 mg/kg i.m. - inducerea[3] terapiei, urmată de ampicilină, 30 mg/kg i.m./i.v. după 6 ore). Se poate adăuga şi metronidazol (7,5 mg/kg, i.v.). Acest tratament se recomandă în toate cazurile în care se efectuează proceduri dentare, pe colon sau pe aparatul genito-urinar. ▶Vezi MMC, p.312.

---

[1] L Veasy 1987 *NEJM* **316** 421 · [2] G Stollerman 1965 *Circulation* **32** 664-8

[3] British Society for Antimicrobial Chemotherapy 1992 *Lancet* i 1292

Unele boli metabolice

Hipotiroidismul. *Cauze congenitale.* Lipsa de hormon stimulator al tiroidei (TSH) de natură genetică; guşe hipotiroidiană congenitală (din cauza unor deficienţe ale enzimelor care sintetizează tiroxina, sau a lipsei iodului); administrarea la mamă a medicamentelor antitiroidiene (propil-tiouracil). Hipotiroidismul dobândit: tiroidita Hashimoto, hipopituitarismul, iradiere cu raze X.

Aspecte clinice. La naştere nu există nici un fel de simptom, primul semn fiind adesea un icter neo-natal prelungit (p.278). Pot apărea: somnolenţă prelungită, inactivitate, alimentare lentă, absenţa sau scăderea plânsului şi constipaţie. Copilul va fi examinat pentru a se descoperi prezenţa unei pilozităţi excesive cu fire aspre şi uscate, o turtire a piramidei nazale, protruzia limbii, hipotonie generală, hernie ombilicală, reflexe lente, bradicardie, creştere şi dezvoltare mintală întârziată.

Alte semne care apar târziu: inteligenţă subdezvoltată, pubertate întârziată (dar uneori pubertatea se poate instala precoce), statură mică, întârzierea dentiţiei.

Investigaţii: T_4 scăzut, TSH crescut (dar în hipotiroidismul secundar TSH-ul nu poate fi detectat), scăderea fixării iodului radioactiv (^{131}I), şi scăderea concentraţiei hemoglobinei. Vârsta osoasă este mai mică decât cea cronologică. Deoarece nu este de dorit să se iradieze cu raze X întregul schelet se va face un examen radiologic al încheieturii pumnului şi al mâinii. Se observă un mare număr de centre de osificare, fiecare din acestea trecând printr-un număr de stadii morfologice. Dacă se compară observaţiile cu diagramele-cheie ale populaţiei normale se poate determina o vârstă aproximativă a ţesutului osos. Nu există date precise care să permită a se răspunde la întrebarea cât de semnificativă este discrepanţa (de ex. 2 ani) între vârsta scheletului şi cea cronologică.[1]

Tratamentul cu tiroxină. Sugarii au nevoie de 10 µg/kg/zi (50 µg/zi). La copiii care ating vârsta de 5 ani nevoia de tiroxină creşte la 100 µg/zi, iar copiii care ating vârsta de 12 ani primesc doze de tiroxină egale cu cele administrate la adult. Dozele vor fi ajustate după rata creşterii şi în funcţie de răspunsul clinic. Se va evita apariţia unui nivel ridicat de TSH.

Screening-ul universal al nou-născuţilor. Acesta se face folosind metoda spoturilor de sânge aplicate pe hârtie de filtru. Sângele se recoltează din călcâi. Metoda permite un diagnostic precoce şi prevenirea unor sechele grave.

Hipertiroidismul. În mod tipic este vorba de o fată la vârsta pubertăţii. Aspectele clinice şi cele de laborator sunt descrise la p.556. Tratamentul constă în administrarea de carbimazol (15 mg/24h) timp de 18 luni, doza fiind ajustată în funcţie de răspuns, sau cu propil-tiouracil (200 mg/m^2/zi) pe cale bucală. Pot apărea recăderi.

Erori înnăscute de metabolism

Acestea sunt numeroase, dar aici se vor prezenta unele generalizări utile în legătură cu manifestările acute. Semnele includ diaree, letargie, insuficienţă respiratorie, acidoză metabolică (asociată sau nu cu miros caracteristic), icter, hipoglicemie, dezechilibru electrolitic, convulsii şi comă. 🖫 În astfel de cazuri se vor căuta următoarele semne:

Semne fizice	*Semnificaţie posibilă*
Hepatosplenomegalie	Tulburări ale metabolismului aminoacizilor şi ale acizilor organici, boli cu alterarea capacităţii de stocare a lizozomilor.
Trăsături grosolane ale feţei	Mucopolizaharidoză (de ex. boala Hurler) p. 842, gangliozidoze, manozidoze.
Leucopenie, trombocitopenie	Acidurie organică.
Retardare mintală	Vezi p.238.
Dezvoltare deficitară	Aminoacidurie, acidurie organică, cistinurie, acidoză lactică, tezaurismoze.

Un examen metabolic al urinei este foarte util, dar rezultatele pot să fie diferite de la un laborator la altul. În mod normal se investighează aminoacizii, acizii organici, hidraţii de carbon şi mucopolizaharidele. Se va solicita opinia unui expert în probleme de laborator.

Glicogenozele sunt provocate de defecte ale sintezei şi degradării glicogenului. Compuşii anormali pot fi depozitaţi în ficat, miocard, rinichi sau în ţesutul muscular. Majoritatea tipurilor de glicogenoză (există cel puţin 7) sunt boli moştenite de tip recesiv autosomal. Printre ele se numără: boala von Gierke (tip I, p.848), boala Pompe (tip II, p.847), boala Cori (tipul III), boala Anderson (tipul IV), boala McArdle (tipul V, p.844), boala Hers (tipul VI), şi boala Tauri (tipul VII).

Probleme chirurgicale acute

Stenoza pilorică congenitală hipertrofică

În ciuda numelui său aceasta nu se manifestă de la naştere, ci se dezvoltă în cursul primei luni de viaţă extrauterină. Afecţiunea este de patru ori mai frecventă la băieţi decât la fete.

Pacientul prezintă vomismente după alimentare, vomismente care sunt proiectate peste marginea leagănului. Stenoza pilorică congenitală se deosebeşte de alte cauze care pot determina vomismente (de ex. gastroenterita) prin 3 aspecte importante:

- Vomismentele nu conţin bilă, deoarece obstrucţia se produce la un nivel înalt.
- Nu există diaree (dar constipaţia este posibilă, fiind însoţită de aşa-numite "scaune de foame").
- Deşi pacientul este bolnav, doar rareori este în stare de prostraţie. Copilul este vioi şi anxios, malnutrit şi deshidratat, permanent înfometat.

Diagnostic. Se pot observa în cursul alimentării copilului unde peristaltice care se propagă de la stânga la dreapta în hipocondrul stâng. Se poate *palpa* masa pilorică de dimensiunea unei măsline. Pentru aceasta medicul se va aşeza de partea stângă a copilului şi va palpa cu mâna stângă, în hipocondrul drept, marginea laterală a muşchiului drept abdominal din partea dreaptă a corpului în timpul alimentării. În acest caz se va prefera alimentarea de la sânul stâng. Copilul poate prezenta o stare de deshidratare gravă, precum şi o lipsă de clorură de sodiu. Din acest motiv determinarea debitului urinar şi a concentraţiei plasmatice a ionilor de clor (ca şi a celor de potasiu şi de HCO_3) sunt vitale deoarece pot ghida pediatrul în desfăşurarea procedurilor de resuscitare, şi vor permite să se determine momentul în care se poate efectua intervenţia chirurgicală cu minimum de riscuri (pentru aceasta ionii de clor trebuie să depăşească o concentraţie de 90 milimoli/l de plasmă).

Cu ajutorul ultrasunetelor se pot determina precoce tumori pilorice[1] care nu se pot palpa (~14% din cazuri).

Tratament. Înainte de intervenţia chirurgicală (care va consta în piloromiotomie tip Ramstedt) se va introduce un tub naso-gastric cu diametru mare.

Invaginaţia intestinală la copil. Intestinul subţire suferă o "telescopare", ca şi cum s-ar auto-înghiţi. Pacientul poate să aibă orice vârstă (de obicei între 5 şi 12 luni), şi se prezintă cu plâns intermitent, imposibil de liniştit, şi flectarea coapselor (din cauza colicilor). Scaunele pot să fie sanguinolente (dar aceasta nu este obligatoriu). Se poate palpa o masă abdominală cu forma unui cârnat. Pacientul intră repede în şoc şi devine muribund. O clismă cu bariu poate stabili diagnosticul (bariul nu poate curge proximal faţă de nivelul invaginaţiei, şi în acel punct se poate vedea o încovoiere a intestinului). În cursul examenului, invaginările precoce (mai puţin de 24 de ore) pot fi reduse de radiolog. Majoritatea cazurilor necesită intervenţie chirurgicală. Succesul tratamentului depinde de precocitatea diagnosticului şi de echipa de chirurgi şi pediatri, de o anestezie bine efectuată şi de o monitorizare strictă, atât pre- cât şi post-operatorie. La laparotomie se va exciza orice porţiune de intestin necrotic.

Tratamentul va consta în aplicarea procedurilor de resuscitare, pregătirea sângelui pentru transfuzie şi introducerea unui cateter naso-gastric.

Copiii de vârstă şcolară au manifestări diferite de cele ale sugarilor. Sângerările rectale sunt mai puţin obişnuite, şi cel mai adesea durata suferinţei este mai lungă (peste 3 săptămâni). Uneori se descrie asocierea cu o altă manifestare patologică (purpură Henoch-Schönlein, sindromul Peutz-Jeghers, fibroza chistică, ascaridoză, sindrom nefrotic sau tumori, ca de exemplu limfoame - în acest din urmă caz simptomele determinate de invaginarea intestinului subţire sunt cel mai frecvent mod de debut al bolii).[2]

Fimoza este provocată de cicatricele determinate la nivelul prepuţului prin circumcizie, ceea ce face imposibilă răsfrângerea acestuia peste gland. În unele cazuri fenomenul poate împiedica scurgerea urinei, ceea ce va duce la balonarea prepuţului. În cazul în care curgerea urinei este impiedicată, sau dacă există balanită recurentă se indică circumcizia. (Notă: un prepuţ non-retractil este normal până la vârsta de 4 ani).

Tratamentul durerilor postoperatorii. Se administrează morfină i.v.; doza de încărcare a copilului este de 100 μg/kg într-un interval de 30 de min, apoi 10-30 μg/oră (la nou-născut 5-7μg/oră, dar aceiaşi doză de încărcare). Se poate administra diclofenac - 0,5-1,5 mg/kg/12h, cu condiţia ca pacientul să aibă peste 1 an (de ex., un supozitor de 12,5 mg la fiecare 12 ore). Se mai poate folosi Ibuprofen 5 mg/kg/6h, pe cale orală (siropul conţine 100 mg/5 ml).[3]

Alte probleme chirurgicale: **apendicita, hernia, volvulus, torsionarea testiculelor, abdomenul acut** (vezi p.322, p.258, MMC, p.132, p.112).

---

1 M Rollins 1993 *BMJ* i 1065 2 S Miller 1988 *BMJ* i 518
3 *Drug Ther Bul* 1994 21

Pubertatea precoce

Uneori este normal ca pubertatea să înceapă de la vârsta de 8 ani. Debutul pubertăţii sub această vârstă justifică investigarea cauzelor posibile.

Biologie. Fiecare dintre semnele fizice de pubertate poate fi considerat ca un test biologic care reflectă un eveniment endocrin separat. La băieţi creşterea volumului testiculelor este primul semn de pubertate, şi este datorat secreţiei intermitente de gonadotropine hipofizare. Creşterea volumului sânilor la fete, şi creşterea dimensiunilor penisului la băieţi indică instalarea secreţiei de steroizi sexuali gonadici. Apariţia părului pubian este o manifestare a producţiei de androgeni suprarenali. Creşterea se accelerează la băieţi când volumul testiculelor atinge 10-12 ml (măsurarea se face prin comparaţie cu mărgelele orhidometrului, p.844). Fetele încep să se dezvolte mai repede după ce dimensiunile sânilor încep să crească. La majoritatea fetelor atingerea stadiului 4 de dezvoltare a sânilor este o pre-condiţie pentru instalarea menstruaţiei. Această instalare armonioasă a pubertăţii poate fi tulburată. Astfel, în sindromul Cushing cantitatea de păr pubian este prea mare faţă de volmul testicular. În hipotiroidism volumul testicular este prea mare (din cauza creşterii FSH, la rândul lui stimulat de concentraţia mare de TSH din circulaţie), faţă de viteza de dezvoltare.

La băieţi pubertatea precoce se manifestă sub forma unei creşteri rapide a dimensiunilor penisului şi testiculelor, creşterea numărului de erecţii, masturbare, apariţia părului pubian, modificarea mirosului corporal, apariţia acneei. Caracteristicile secundare ale fetelor vor fi şi ele modificate în mod corespunzător de instalarea precoce a pubertăţii. Cea mai importantă consecinţă a instalării pubertăţii precoce o constituie statura mică determinată de fuzionarea precoce a epifizelor osoase. De asemenea trebuie să căutăm simptome care să sugereze existenţa unor disfuncţionalităţi mai generale ale hipotalamusului, cum ar fi: poliurie, polidipsie, obezitate, tulburări ale somnului şi ale termoreglării. Mai pot apărea şi semne de hipertensiune intracraniană şi tulburări vizuale.

Pubertatea precoce este de cel puţin patru ori mai frecventă la fete decât la băieţi. La fete cel mai adesea nu se pot identifica originile pubertăţii precoce, dar la băieţi se poate găsi o cauză în 80-90% din cazuri. In cazul în care debutul pubertăţii precoce se situează sub vârsta de 2 ani, cauza o poate constitui un hamartom hipotalamic. Tomografia computerizată pune în evidenţă în aceste cazuri o leziune circumscrisă. Alte cauze (mai rare) ale pubertăţii precoce pot fi:

- tumorile sistemului nervos central şi hidrocefalia;
- scleroza tuberoasă;
- hepatoblastomul;
- coriocarcinoamele;
- hipotiroidismul;
- craniofaringioamele;
- sindromul McCune-Albright;
- post-encefalitele şi post-meningitele.

În fine, pubertatea precoce se poate instala după un episod de meningită sau de encefalită.

Investigaţii. Radiografii craniene, determinarea vârstei scheletului cu ajutorul razelor X, tomografie computerizată a craniului, determinarea 17-cetosteroizilor urinari, ecografie pelviană la fete.

Tratament. Abordarea fiziologică. ▶Se va cere avizul unui specialist. Iniţierea pubertăţii depinde de suprimarea inhibiţiei neuronilor din hipotalamusul medio-bazal, care secretă hormoni liberatori de gonadotropine (GnRH), precum şi de scăderea sensibilităţii hipotalamo-hipofizare la feedback-ul steroizilor gonadici. Aceste modificări sunt însoţite de o creştere marcată a frecvenţei şi importanţei "jeturilor" de hormoni luteinizanţi (LH), şi, într-o măsură mai redusă, de hormoni foliculo-stimulanţi (FSH). Funcţia gonadică normală depinde de capacitatea de a secreta în ritm rapid hormoni liberatori de gonadotropine (GnRH). În mod paradoxal, un nivel continuu crescut de GnRH determină suprimarea secreţiei de gonadotropine hipofizare, aceasta constituind baza tratamentului pubertăţii precoce cu analogi sintetici ai GnRH. După administrarea pe cale nasală sau subcutanată a acestora survine o regresie a maturaţiei gonadice şi a tuturor semnelor clinice de pubertate (cu excepţia părului pubian, a cărui evoluţie depinde de secreţia de androgeni de către cortexul suprarenal). De asemenea survine o decelerare a maturării scheletului. Tratamentul va fi continuat până în momentul aproximativ al instalării pubertăţii normale sau al menstruaţiei (în jurul a 11 ani). Familiile copiilor cu aceste tulburări trebuie asigurate că evoluţia copiilor lor va fi normală.

Deficienţa imună primară

În esenţă aceasta este cunoscută şi sub numele de *hipogammaglobulinemie*, în sensul că nu este secundară unei condiţii patologice cum ar fi: enteropatia cu pierdere de proteine, leucemia limfatică cronică, sau mielomul. Simptomul principal este infecţia recurentă care necesită administrarea repetată de antibiotice, şi care evoluează spre instalarea unor infecţii cronice cum este bronşiectazia şi sinuzita. Alte caracteristici ale tulburării sunt:

- dezvoltare deficitară;
- hiperplazie nodulară limfoidă;
- lipsa amigdalelor;
- enteropatie;
- hepatosplenomegalie;
- anemie.

Majoritatea diagnosticelor se pun la copii peste 6 ani. Adulţii pot fi şi ei afectaţi.

Clasificare. *Imunodeficienţa comună variabilă.* IgG scăzut, IgA scăzut, IgM variabil.

Deficitul de anticorpi legat de cromozomul X. Aceasta se manifestă adesea fetiţele sub 2 ani, care au antecedente familiale pozitive. Celulele de tip B pot să aibă un aspect anormal.

Deficite din sub-clasa IgG.

Deficite specifice de anticorpi. IgM, IgG şi IgA sunt normale, dar nu se observă răspuns la imunizare.

Deficitul selectiv de IgA. Prevalenţa acestui deficit este de 1:700. Purtătorii pot să nu prezinte simptome.

Tratament. Atât pacientul cât şi familia trebuie să fie incluşi în tratament. Se va asigura tratamentul prompt al infecţiilor intercurente, ceea ce poate include fizioterapie posturală şi bronho-dilatatoare, în afară de antibiotice.

Administrarea de imunoglobuline de înlocuire evită aproape toate complicaţiile. Administrarea se va face de către un specialist imunolog, după o evaluare imunologică detaliată. Mulţi dintre pacienţi pot să fie incluşi într-un program de auto-administrare. Înainte de fiecare injectare trebuie să fie exclusă orice infecţie activă (pentru a reduce la minimum riscul de reacţii adverse), şi trebuie stabilite nivele de referinţă ale transaminazelor, creatininei şi titrului anticorpilor anti-IgA din ser.[1]

Doza de imunoglobulină ce se va administra se va stabili pe baza gravităţii şi frecvenţei infecţiilor, precum şi de nivelul plasmatic al IgG. În majoritatea cazurilor pacienţilor li se administrează 400 mg/kg/lună, de obicei repartizate în două porţiuni ce se injectează la intervale de 2 săptămâni.[1] În cursul administrării este bine să fie disponibile hidrocortizon şi antihistaminice. Printre efectele secundare se numără: cefaleea, dureri abdominale, anafilaxia.

Nu se recomandă administrarea imunolgobulinelor pe cale intramusculară, dar se examinează posibilitatea administrării pe cale subcutanată.

Complicaţii: *toracale:* bronşiectazie, granuloame, limfom;

Intestinale: malabsorbţie, giardioză, colangită, gastrită atrofică, colită;

Hepatice: hepatită, hepatită cronică activă, ciroză biliară;

Sanguine: hemoliză autoimună, anemie cronică, aplazie medulară, trombopatie imună;

Oftalmologice/SNC: keratoconjunctivită, uveită, granulom, encefalită;

Altele: artropatie septică, artralgie, splenomegalie.

---

1 HM *Chapel* 1994 BMJ i 581

Mersul tardiv

Copiii învaţă să meargă în jurul vârstei de 1 an. În cazul în care copilul nu a început să meargă până la vârsta de 18 luni, se ridică două întrebări: copilul este normal din punct de vedere fizic? Întârzierea se observă şi în alte domenii?

▶Se va considera posibilitatea unui sindrom Duchenne (distrofie musculară) precoce - se va face consiliere genetică *înainte* de viitoarea sarcină. O altă cauză importantă este luxaţia congenitală de şold.

Paralizia cerebrală este o tulburare cronică de postură şi mişcare provocată de o leziune a SNC care survine înainte de vârsta de 2 ani şi care nu are un caracter progresiv. Simptomele constau în coordonare deficitară a mişcărilor şi întârziere mintală (în 35% din cazuri).[1] *Prevalenţa* este de 2/1000. *Durata obişnuită* a supravieţuirii este de 16 ani, fie că este sau nu asociată cu o retardare mintală gravă (QI <50).[1] În vederea stabilirii prognosticului se efectuează studii imagistice care pun în evidenţă aspecte de leucomalacie periventriculară.

Factorii prenatali care pot determina acest sindrom sunt: iradiere cu raze X, ingestia de alcool, infecţia cu CMV sau rubeola, infecţia HIV, toxoplasmoza, boala Rhesus, hipoxia *ante-partum*.

Factorii perinatali implicaţi pot fi: traumatismul la naştere, hipoglicemia, hiperbilirubinemia, procedurile de resuscitare ineficiente.

Factorii post-natali includ: traumatisme care produc hemoragie intraventriculară, meningoencefalita, trombuşi în circulaţia cerebrală (datorită deshidratării).

Aspectul clinic:

- paralizie,
- slăbiciune musculară,
- ataxie,
- dezvoltare tardivă,
- convulsii,
- tulburări de auz şi de vorbire.

Epidemiologie:

1/3 din pacienţi sunt sub-ponderali la naştere,
1/3 au defecte vizuale,
1/3 sunt retardaţi mintal,
1/3 manifestă o îmbunătăţire a situaţiei în timp, şi
1/6 pot duce o existenţă normală.

Spasticitatea sugerează o leziune piramidală, iar mişcările necoordonate, involuntare, precum şi posturile distonice, sugerează o implicare a ganglionilor bazali. Ataxia indică o participare cerebelară. Majoritatea copiilor cu această afecţiune au fie o hemipareză, fie o diplegie spastică

- ambele membre inferioare fiind mai afectate decât braţele, copilul fiind aparent normal, până în momentul în care este ridicat şi se observă că membrele inferioare "foarfecă" (flectare a şoldului, adducţie şi rotaţie internă, cu extensia genunchilor şi flexiune plantară a picioarelor). Mersul se face cu o bază largă de susţinere.

Tipul I - paralizia ataxică (ataxia pură) se manifestă cu

- hipotonie (copil flasc) şi
- flexiune plantară.
- Uneori se pot asocia surditate, strabism, retardare mintală. Alte defecte, precum şi convulsiile, sunt rare.
- Etapele de dezvoltare sunt normale.

Tipul II - diplegia ataxică se manifestă cu

- hipertonie, •extensie plantară
- leziuni asociate ca spina bifida, hidrocefalie traumatică, viroze.

Paralizia cerebrală diskinetică este caracterizată de mişcări involuntare, dezechilibru agonistic/antagonistic, control deficitar al echilibrului, hipotonie, pierderea auzului, disartrie, fixare vizuală deficitară. Reducerea IQ şi apariţia de convulsii sunt rare.

Evaluare şi tratament (p.342). Pentru evaluarea situaţiei pacientului, se vor aprecia următoarele: copilul poate să se rostogolească (în ambele sensuri)? Poate să se ridice în poziţie aşezată fără ajutor? Poate să apuce cu mâna? Poate să transfere obiecte dintr-o mână în alta? Poate să poziţioneze capul corect? Poate să transfere greutatea sprijinindu-se pe braţe? QI? Se va trata epilepsia (p.314). Se vor folosi mijloace mecanice pentru a evita apariţia deformărilor (varus equin, valgus, dislocare de şold din cauza flexiei şi adducţiei excesive). Încercările de folosire a fizioterapiei de neuro-dezvoltare (cu scopul de a ameliora echilibrul şi postura) nu au dat rezultate mai bune decât cele obţinute cu stimularea simplă a activităţii motorii.[2] Unii părinţi preferă metoda maghiară Peto[3] în care o persoană se dedică în întregime copilului folosind interacţiunea cu cei în situaţii similare pentru a întări rezultatele în toate domeniile: mişcare, scris, mişcările fine etc.

---

[1] A Nicholson 1992 *Arch Dis Chi* 67 1050 [2] F Palmer 1988 *NEJM* 318 803
[3] R Robinson 1989 *BMJ* ii 1145

Vorbirea tardivă

▶În cazul în care ai o astfel de problemă, trebuie să verifici auzul copilului, *asigurându-te de validitatea rezultatelor unui astfel de examen.*

Dezvoltarea vorbirii. După primele luni de viaţă se produce deja diferenţierea de limbaj. Astfel gânguritul copiilor chinezi este deosebit de cel al copiilor europeni.

Înainte de împlinirea primului an de viaţă, gânguritul este înlocuit cu un jargon format din "cuvinte" plauzibile, dar care nu au sens.

În jurul vîrstei de un an câteva cuvinte sunt folosite cu înţeles, iar la un an şi jumătate apar mici propoziţii - formate din două cuvinte (de ex. "tata vine").

La 2 ani apar propoziţii care au subiect, verb şi obiect ("eu vreau o prăjitură").

La vârsta de 3 ani şi jumătate copilul va fi deprins gândirea şi limbajul, poate face abstractizări şi dispune de elemente de raţiune. Vocabularul la această vârstă poate fi de o mie de cuvinte, ceea ce îi permite să construiască propoziţii de felul: "i-am dat prăjitură deoarece îi era foame".

Nimic din ceea ce se va petrece în restul vieţii nu va egala activităţile intelectuale şi lingvistice din aceşti ani. Dezvoltarea lingvistică ulterioară a copilului este dedicată unor probleme care din punct de vedere conceptual sunt minore - învăţarea subjonctivului, dezvoltarea vocabularului şi elaborarea de ipoteze ("dacă nu aş fi aruncat ceaşca pe jos, poate aş fi primit o prăjitură").

Există o mare variaţie în dezvoltarea limbajului şi în etapele acestei dezvoltări: ce este evident anormal?

Dimensiunea vocabularului. Dacă un copil atinge vârsta de 3 ani cu un vocabular mai mic de 50 de cuvinte, trebuie să ne gândim la:

- surditate,
- disfazie expresivă,
- dispraxia vorbirii - în special dacă aceasta are un caracter telegrafic, dacă este neclară şi se însoţeşte de o deteriorare a comportamentului determinată de o stare de frustraţie.
- Sindromul audio-premotor. Copilul nu poate reflecta în mod corect sunetele pe care le aude în controlul motor al laringelui şi al respiraţiei. În loc să bolborosească, copilul este liniştit, nu este capabil să cânte sau să fredoneze.
- Disfuncţie respiratorie-laringeală - disfonie determinată de o reglare incorectă a vibraţiei corzilor vocale şi a trecerii aerului prin laringe. Vocea este sonoră şi aspră.
- Afonie congenitală. Este o tulburare rară. Vocea este subţire, slabă şi sunetele sunt emise cu efort.

Claritatea vorbirii. La 2 ani şi jumătate o mamă trebuie să înţeleagă, în cea mai mare parte a cazurilor, cuvintele copilului. Dacă nu le poate înţelege se poate suspecta:

- surditatea sau dispraxia de articulare (componentele fonetice ale gângurelii sunt consoanele uşor de pronunţat - *b* şi *m*, cu buzele, şi *d*, cu limba. Aceasta este cea mai frecventă problemă de vorbire la copiii mici. Raportul fete/băieţi este = 3. Lipsa de mobilitate a limbii poate de asemenea să fie una din cauzele tulburării. În acest caz copilul nu poate pronunţa sunetele care necesită o ridicare a limbii *(d* şi *s)* - şi poate să fie nevoie de o intervenţie chirurgicală pentru liberarea frâului limbii. De asemenea poate fi necesară terapie specializată pentru vorbire.
- Alte cauze ale dispraxiei de articulare pot fi sindromul audio-premotor şi disfuncţia respiratorie-laringeală.

Capacitatea de înţelegere. La vârsta de 2 ani şi jumătate copilul trebue să înţeleagă ordine simple cum ar fi: "ia-ţi pantofii". Dacă nu înţelege aceste ordine putem suspecta următoarele:

- surditate - dacă auzul este doar diminuat (o pierdere de acuitate auditivă de 25-40 decibeli) cea mai probabilă cauză o constitue otita medie secretorie. Pierderile de acuitate auditivă mai importante sunt probabil de natură neuro-senzorială;
- deficit cognitiv, sau lipsa de contact.

Există numeroase **cauze care pot determina tulburări de vorbire.** Acestea pot fi dobândite sau congenitale.

Cauze dobândite: meningoencefalita, traumatismele craniene, sindromul Landau-Kleffner (pierdere progresivă a limbajului însoţită de epilepsie).

Cauze congenitale: sindromul Klinefelter, galactozemia, histidinemia, agnozie auditivă, sindromul portului plutitor.

Se va începe **terapia vorbirii** cît se poate de precoce - mult înainte de începerea şcolii.

Handicapul

Handicapul mental.🖫 ▶*Adesea mama este cea care pune primul diagnostic.*

Un QI mai mic de 35 reprezintă un handicap grav (p.370).

Cauzele. Acestea constitue un domeniu foarte larg. Multe din cauze sunt foarte rare. Trebue să considerați necesitatea de a solicita avizul unui expert, care, la rândul lui, poate să aibă nevoie să consulte o bază de date - cum ar fi *London Neurogenetics Database.*[1]

Tulburările congenitale sunt foarte numeroase. Ele pot fi de natură cromozomială (sindromul Down, cromozom X fragil - p.844), de natură metabolică (fenilcetonuria, p.240), etc.

Tulburările dobândite. Acestea includ infecțiile perinatale (p.106), traumatismele la naștere, paralizia cerebrală, traumatismele post-natale, meningita.

Expunerea la plumb. Aceasta este una din cauzele unei diminuări moderate a intelectului. Expunerea la plumb poate fi prevenită. De ex., la copiii în vârstă de 2 ani, o creștere a plumbemiei de 0,48 micromoli/l de plasmă este asociată cu o reducere a QI cu 5-8 puncte pe Scara de Inteligență Wechsler.[2] Defectul peresistă vreme îndelungată.

Defecte biochimice asociate cu retardare mintală. Acestea includ:

Homocistinuria este caracterizată prin paraplegie, convulsii, păr friabil, embolii, cataracte. Homocisteina se găsește în urină. Tratamentul constă în alimentație care conține cantități reduse de metionină, administrarea unor suplimente de cisteină și a unor doze mari de piridoxină.

Boala cu urină "sirop de arțar" se prezintă cu hipoglicemie, acidoză, convulsii și moarte. Urina miroase a sirop de arțar din cauza unui defect metabolic al ceto-acizilor cu lanțuri ramificate. Tratamentul constă în dietă.

Triptofanuria se manifestă prin aspectul aspru și pigmentat al tegumentelor. Tratamentul constă în administrarea de acid nicotinic.

Se recomandă ca în astfel de cazuri să se solicite opinia unui expert, pentru a se putea trata toate cauzele. Familia poate să dorească sprijinul grupurilor de auto-ajutorare specializate.[3] Unii membri ai familiei, de obicei frați sau surori normale, pot și ei să aibă nevoie de sprijin deoarece se simt neglijați. În cazul în care QI este mai mare de 35 scopul eforturilor este de a face posibilă viața pacientului în comunitate.

Handicapul fizic poate include: *handicapuri senzoriale,* cum este surditatea (vezi p.616), orbirea (defectele congenitale sunt descrise la p.592). Principalale cauze ale orbirii dobândite sunt deficitul de vitamina A, oncocercoza (p.588), traumatismele oculare, cataracta (de ex. cea observată în sindromul Down).

Handicapurile neurologice și musculo-scheletice pot fi congenitale sau dobândite. Cauzele care se găsesc la originea acestora includ accidentele, paralizia cerebrală (p.234), spina bifida (p.270), meningita, poliomielita, infecţiile congenitale, luxaţia congenitală de şold, tumori, sindroame rare (p.836-850).

În ceea ce priveşte *scaunele cu rotile*[4] trebuie să se determine de ce fel sunt acestea, pentru interior sau pentru exterior, sunt făcute să funcţioneze de către pacient, sunt monitorizate sau împinse cu mâna, ce fel de sisteme de susţinere sunt necesare pentru a împiedica căderea copilului, cât de mici trebuie să fie cele care se strâng pentru a putea intra în automobilul familiei, părţile laterale sunt amovibile pentru a permite transferul facil în pat şi invers, poate copilul să controleze frânele, sunt echipate cu suporturi ajustabile pentru picioare etc.

Se va lua legătura cu serviciul de fizioterapie şi cu un specialist în ergoterapie.

Cu ajutorul unor suporturi mecanice unii pacienţi pot să stea în picioare şi să meargă.

Cârjele pot permite unor pacienţi să stea în picioare şi să meargă. Cârjele lungi sunt necesare celor cu paralizie completă a membrelor inferioare. Partea superioară trebuie în aşa fel protejată încât să nu producă escare de presiune. Un dispozitiv de blocare a genunchiului sprijină genunchiul cînd pacientul stă în picioare. La fel un dispozitiv cu spirală poate menţine talpa piciorului în poziţie favorabilă mersului.

---

1 M Baraitster 1993 *London Neurogenetics* Database OUP

2 DC Bellinger 1992 *Paediatrics* 90 855

3 123 Golden Lane, London (tel 0171 253 9433)

4 Disabled living foundation, 346 Kensington High St, London WI4 (tel 0171 602 2491)

Listă de probleme legate de tratamentul handicapului

Fie că este vorba de pacienţi spitalizaţi, fie că aceştia se găsesc în comunitate, medicul va trebui să considere fiecare din problemele de mai jos:

- triajul şi documentarea cazului;
- comunicarea cu părinţii;
- stabilirea legăturii cu echipa de tratare a handicapaţilor din cadrul zonei, şi cu pediatrul comunităţii;
- asigurarea accesului la servicii specializate, inclusiv la dietetician;
- evaluarea nevoilor speciale legate de locuinţă şi de şcolarizare;
- coordonarea evaluării neuro-psihologice şi a dezvoltării neurologice;
- coordonarea măsurilor necesare pentru cazurile grave;
- prescrierea de produse alimentare speciale (când este cazul);
- promovarea complianţei pe termen îndelungat cu programele de tratament şi de educaţie;
- educaţie în legătură cu consecinţele bolii;
- consiliere privind planificarea familială;
- consiliere pre-concepţională (cu sprijinul unui specialist în genetică moleculară);
- coordonarea testelor de diagnostic prenatal şi evaluarea fetală.

Fenilcetonuria

Cauza acestei tulburări o constituie lipsa sau o activitate redusă a fenilalanin-hidroxilazei. Acest deficit se transmite ca o caracteristică recesivă autosomală (gena, care se găseşte pe cromozomul 12, suferă adesea mutaţii, şi există o gamă largă de manifestări clinice, de la lipsa aproape completă a simptomelor până la retardare mintală gravă).

Caracteristicile clinice sunt: păr deschis la culoare, convulsii, eczemă, urină cu miros fermentat. Cele mai importante semne sunt QI deficitar şi deficitul de cunoaştere.

Teste de laborator: hiperfenilalaninemia (în mod normal valoarea acesteia variază între 50 şi 120 µmol/l; cazurile "benigne" de fenilcetonurie se prezintă cu valori mai mari de 1000 µmol/l).

Tratament. Vezi lista de mai sus. Dietă cu cantităţi reduse de fenilalanină pentru a menţine concentraţia acesteia în ser sub nivelul de 600 µmol/l - mai ales prin prescrierea unor substituenţi alimentari sub formă de băuturi cu aminoacizi, o cantitate de proteine redusă (între 300 mg şi 8 g/zi, în funcţie de vârstă şi de gravitatea deficitului de fenilalanin-hidroxilază).[1]

Listă de probleme legate de tratamentul handicapului
Fenilcetonuria

Există numeroase date care arată că leziunile SNC (hipomielinizare) sunt proporţionale cu gradul de fenilcetonemie, dar unele studii nu au reuşit să demonstreze că o dietă strictă poate avea drept rezultat obţinerea unui QI mai bun.[2]

Prevenirea manifestărilor clinice. Se va face un control al sângelui o dată pe săptămână cu ajutorul testului Guthrie - spot pe hârtie de filtru.

Fenilcetonuria maternă. Oricât de bun ar fi controlul mamei există uşoare deficienţe neurologice.[1] Implicaţia acestui fapt este că un control efectuat în cursul sarcinii trebuie să fie chiar şi mai strict decât în copilărie. De aici necesitatea de a face consiliere înainte de conceperea fătului.

---

[1] MRC working party 1993 *BMJ* i 115 [2] U Michel 1990 *Eur J Pediat* **149** (suppl 1) 34 - 8

▶Angajează-te doar în acele bătălii pe care le poţi câştiga. În cazul în care copilul poate câştiga, fii mai subtil (oferă recompense consistente, şi nu pedepse inconsistente). Cere sfatul asistentei sociale, şi, mai ales, asigură-te ca toată lumea să spună copilului acelaşi lucru.

Ingestie. *Refuzul alimentelor* şi *capricii legate de alimentare* sunt fenomene obişnuite. Reducerea presiunilor exercitate asupra copilului, ca şi descurajarea hiperreactivităţii părinţilor, precum şi reintroducerea progresivă a unor volume mici de alimente agreabile sunt suficiente pentru a preveni malnutriţia. Se va verifica hemoglobina. *Hiperalimentarea.* Alimentarea produce o stare de bine, iar dacă un copil este lipsit de afecţiune, sau dacă mama se simte incapabilă să-i ofere ceea ce crede că are nevoie se creează condiţiile necesare pentru hiperalimentare şi se stabilesc obiceiuri alimentare care vor dura toată viaţa. Regimurile alimentare aplicate în astfel de cazuri nu vor da rezultate decât în condiţii de spitalizare a copilului (p.408). *Pica* este ingestia unor lucruri care nu constituie hrană. Adesea se observă asocierea acestui obicei cu alte tulburări de comportament sau cu o reducere a QI.

Murdărirea scutecelor Copilul "scapă" mici fragmente de scaun în scutece.

Encopresis Este defecarea care se produce în locuri nepotrivite la copii mai mari de 4 ani. Cauza principală o constituie retenţia de materii fecale.

Constipaţia este o întârziere a defecării care poate duce la nelinişte, dureri abdominale, sângerare rectală, formarea de mase abdominale, pierderea fecalelor prin "prea plin", scaune de volum foarte mare (megarectum) şi anorexie. Cauzele sunt, cel mai adesea, ingestia de alimente de calitate inferioară, cu conţinut fluid şi/sau fibros. Rareori se pune problema unei boli Hirschprung - la care ne putem gândi în cazul în care se produce un scaun exploziv după retragerea degetului cu care s-a făcut un examen rectal, sau dacă există episoade alternative de constipaţie şi diaree, însoţite de distensie abdominală şi de dezvoltare deficitară.

Atitudine. Se caută a se afla care sunt motivele pentru care copilul refuză să aibă scaun. Este defecarea un proces dureros? Există o atitudine coercitivă a părinţilor? Încercaţi să întrerupeţi cercul vicios constituit de: fecale voluminoase → durere ± fisură anală → teama de scaun → supra-distensia rectului → nevoia de scaun → pierderea parţială a fecalelor → exasperarea părinţilor → forţarea copilului la scaun. Oferiţi scuze copilului pentru a-i spori încrederea în sine şi a-l determina să-şi concentreze atenţia asupra sarcinii principale, şi anume, de a da ascultare nevoii de scaun. De asemenea se va încerca să se menţină rectul permanent evacuat (prin administrarea de *ducosat de sodiu,* urmată de elixir de *picosulfat de sodiu* sau de polietilen glicol, după care se va face un tratament de întreţinere cu *tablete de metil-celuloză* alternând cu *senna).* Suportul psihologic este foarte important. Uneori este necesar tratament pentru întreaga familie (p.442). Lăsaţi familiei timpul să-şi clarifice sentimentele pe care le determină fenomenul de encopresis (care pot fi de furie, ruşine, ridicol).[1]

Enurezis. Pierderea urinii în timpul somnului survine la 15% din copiii în vârstă de 5 ani, şi constituie încă o problemă pentru 1% din cei care au împlinit 15 ani. De obicei acest lucru se întâmplă din cauza maturării tardive a controlului vezical, dar se recomandă a se practica teste pentru identificarea unor eventuale infecţii ale tractului urinar, teste pentru diabet şi pentru anomalii genito-urinare (p.218), care pot furniza surprize. Tratamentul va consta din reducerea ingestiei de lichide înainte de culcare, şi trecerea timpului, măsuri care pot fi suficiente. Un sistem de a răsplăti copilul pentru fiecare noapte în care nu a udat patul, sistem documentat cu ajutorul unui grafic aşezat deasupra patului, poate de asemenea să se dovedească util. În 65% din cazuri folosirea unei alarme care se declanşează în momentul în care se udă patul permite vindecarea în 3 săptămâni.[2] Rata înaltă de recăderi după acest tratament (30%) poate fi redusă dacă sistemul de alarmă se foloseşte şi după ce copilul nu mai pierde urina în timpul somnului. Administrarea de imipramină (25-50 mg/24 h, per os) pentru o perioadă mai lungă de 3 luni nu este recomandată deoarece are efecte secundare şi o rată înaltă de recrudescenţă după încetarea administrării. Desmopresin (un antidiuretic administrat în cantitate de 20-40 µg sub formă de spray nazal seara, la culcare) poate fi util pe termen scurt - mai mult pentru a demonstra copilului că este posibil să nu ude patul, sau pentru vacanţe. CI: fibroză chistică, uremie, TA↑.

Hiperactivitatea. Este un subiect controversat. De fapt hiperactivitatea este nivelul de activitate care depăşeşte acel nivel cu care părinţii sunt satisfăcuţi. Copilul, aşa cum declară părinţii, "nu este niciodată liniştit", "ca şi cum ar fi acţionat de un motor". Unii autori folosesc termenul: tulburare cu deficit de atenţie, sau disfuncţie cerebrală minimă, pentru a defini lipsa de atenţie excesivă, sau slaba putere de concentrare asociată cu impulsivitate care se manifestă în cadrul şcolii. Pentru aceasta însă este necesar să fim siguri că fenomenele nu sunt determinate de psihoze sau de tulburări afective.

Tratamentul va consta în explicaţii date părinţilor.[4] Terapia cognitivă poate face să crească gradul de toleranţă al acestora. Dieta hipoalergenică rămâne un subiect controversat şi poate provoca o adevărată obsesie la părinţi. Plumbul (din benzină, de ex., vezi p.240) poate constitui un stimulent al activităţii. Ultimul lucru care se poate încerca sunt preparatele stimulante (nu depresante), cum sunt metilfenidatul (0,08-0,25 mg/kg/8h, per os), despre care se crede că oferă cel mai bun raport risc/beneficiu. Se va cere părerea unui specialist deoarece are efecte secundare cum sunt insomnia, încetinirea creşterii etc. Alte medicamente care se pot folosi sunt pemolina (0,5-2,0 mg/kg/24h, per os - efectele se instalează după 6 săptămâni), haloperidolul (0,01-0,04mg/kg/12h, per os) sau imipramina.

Fobia de şcoală. Aceasta poate să apară în funcţie de un anumit cadru de dezvoltare al copilului (supraprotecţie emoţională acasă, influenţe de clasă socială puternice, activitate şcolară la un nivel foarte ridicat, părinţi nevrotici).

Tratament. Se va discuta cu profesorii, cu părinţii şi cu un psiho-pediatru. Se va încerca o întoarcere cât mai grabnică la şcoală (copilul fiind eventual însoţit de un asistent social).

Insomnia. Una din problemele obişnuite este aceea a unui copil care se trezeşte la 3 noaptea cu chef de joacă sau cu dorinţa de a intra în patul părinţilor. Pentru acei părinţi care nu apreciază acest gen de vizită, cel mai simplu lucru este să refuze joaca şi să-şi procure antifonice pentru a diminua impactul ţipetelor. Există şi posibilitatea de a lăsa copilul să intre în patul părinţilor. Se mai poate încerca "stingerea" acestui comportament prin contactul la distanţă cu copilul: joaca în pat, joaca pe pat, aşezat pe patul copilului, voce din pragul uşii, voce de la distanţă etc. Se vor evita preparatele hipnotice (prometazin, cloralhidrat).

---

1 T Swanwick 1991 *Br Gen Prac* **41** 514 2 *Drug Ther Bul* 1986 **24** 6
3 GS Glayden 1992 *Arch Dis Chi* **67** 340 4 E Taylor 1985 *The Hyperactive Child: a Parents' Guide*, M Dunitz 5 E Taylor 1987 *Prescrib* **27** 12

Pediatrie preventivă. Screening-ul (inclusiv monitorizarea dezvoltării şi imunizarea)[1]

Acestea constau în special în: • încurajarea alăptării la sân (p.204), • monitorizarea dezvoltării, • imunizare, • supravegherea creşterii (p.212-13), • educaţia părinţilor şi liniştirea acestora în legătură cu unele evenimente obişnuite care apar în copilărie.

Monitorizarea dezvoltării. Nu se pot preciza momentele în care este cel mai bine să se facă aceasta. Metoda recomandată este să se facă un examen la naştere (p.200) apoi să se repete examenul la 6-9 luni (articulaţiile şoldurilor, coborârea testiculelor, controlul aparatului cardiovascular), şi un alt examen la 18-24 de luni (întrebări cu privire la mers, dezvoltare socială şi lingvistică, controlul hemoglobinei). În fine, la 4 ani se va face un nou examen în cadrul căruia se va verifica poziţia testiculelor, şi se va efectua un examen cardiovascular.

▶La fiecare vizită făcută copilului vor fi încurajaţi părinţii să pună întrebări şi se va examina copilul pentru a se vedea dacă prezintă strabism, dacă vede şi aude bine.

Se recomandă citirea testului Denver cu privire la dezvoltare (p.340), precum şi datele de mai jos care se referă la treptele dezvoltării. ▶ Există un mare grad de variaţie individuală, şi, din acest motiv, trebuie evitată o interpretare excesivă a testelor.

1 lună: ridică capul când este întins; reacţionează la sunetul clopoţelului; priveşte faţa celui care-l examinează;
2 luni: ţine capul la 45 grade atunci când este întins; foloseşte vocea; zâmbeşte;
4 luni: se sprijină pe braţ; ţine capul drept când este aşezat; întinde mâna; se rostogoleşte, zâmbeşte spontan;
6 luni: se poate sprijini pe picioare; când trage pentru a se aşeza capul este ferm; se opune dacă încercăm să-i luăm o jucărie;
1 an: stă în picioare; poate să meargă folosind un sprijin; loveşte cuburile între ele; strânge mâna; poate spune "mama" şi "tata", se joacă;
18 luni: poate merge înapoi; mâzgăleşte; face turnuri din 2 cuburi; foloseşte 2-4 cuvinte.
N.B. salivaţia sau aruncarea obiectelor pe podea sunt anormale la această vârstă;
2 ani: loveşte mingea cu piciorul; aruncă o minge peste cap; se dezbracă singur;
3 ani: sare; poate să stea într-un picior; poate construi un turn cu 8 cuburi; îşi cunoaşte numele şi prenumele; se poate îmbrăca ajutat;
4 ani: stă într-un picior mai mult de 4 secunde; poate să aleagă dintre două linii pe cea mai lungă.

Imunizare. Se va folosi schema de mai jos, respectând cele ce urmează.

Vaccinul triplu MMR (Measles/Mumps/Rubella) - rujeolă/oreion/rubeolă. Copiii cu vârsta între 18 luni şi 5 ani care nu au fost vaccinaţi (chiar dacă au primit numai un vaccin anti-rujeolă) pot să fie vaccinaţi cu vaccinul triplu MMR în acelaşi timp cu vaccinul de rapel Difterie/Tetanos/Polio administrat la preşcolari - cele două vaccinuri se vor administra în regiuni diferite ale corpului. Nu există limită superioară de vârstă pentru această vaccinare.

La 5-10 zile după vaccinare poate apărea erupţie, însoţită sau nu de febră, care durează 2 zile. Uneori poate apărea şi tumefierea neinfecţioasă a glandelor parotide (cu începere din săptămâna a 3-a de la vaccinare).

Contraindicaţii: febră, sarcină (se recomandă ca după administrarea vaccinului să se evite sarcina timp de o lună), vaccinare cu un vaccin viu în precedentele 3 săptămâni, sau administrarea de imunoglobuline în ultimele 3 luni, sindromul de deficienţă imună primară (dar nu sindromul HIV sau AIDS), tratamentul cu steroizi (echivalent cu ≥ 2 mg/kg/zi de prednisolon timp de peste o săptămână în ultimele 3 luni), leucemie, limfom, radioterapie recentă, anafilaxie indusă de ou, de neomicină sau de kanamicină (folosită drept conservant pentru vaccin). Alergiile ne-anafilactoide nu constituie o contraindicaţie, şi nici antecedentele de convulsii (inclusiv convulsii febrile).

▶Se va folosi vaccinul MMRII Jeryl-Lynn, şi nu tulpinile Urabe 9 Am (risc ↑ de meningo-encefalită).

Imunizarea anti-pertussis. După imunizare se produce durere şi febră. Leziuni cerebrale importante sunt observate atât de rar încât nu au semnificaţie statistică.

Contraindicaţii. Reacţii severe la vaccinarea anti-pertussis anterioară (înroşire şi edem dur la nivelul braţului, sau pe o întindere mare a zonei antero-laterale a coapsei - dacă vaccinarea s-a făcut în acea regiune, sau reacţii generalizate, cum ar fi febra peste 39,5°C la mai puţin de 48 de ore de la vaccinare, anafilaxie, plâns continuu sau alte semne de iritare a SNC -de ex.convulsii, care survin la mai puţin de 72 de ore după administrarea vaccinului.

Majoritatea copiilor cu epilepsie idiopatică, sau cu un istoric familial de epilepsie (frate/soră sau părinte) vor fi vaccinaţi. În cazul în care ai îndoieli solicită opinia unui expert, mai curând decât să eviţi vaccinarea. Pentru cei cu condiţii stabile ale SNC (de ex. paralizie cerebrală, spina bifida) vaccinarea este în mod special recomandată. Nu există limită superioară de vârstă pentru această vaccinare.

1 RCGP *Healthier Children*   2 DoH Schedule 🖫

Screening-ul (inclusiv monitorizarea dezvoltării şi imunizarea)

Note: ▶O boală febrilă acută constituie o contraindicaţie pentru orice fel de vaccinare. Vaccinurile vii se vor administra fie împreună, fie la interval de cel puţin 3 săptămâni. În cazul în care există o imunodeficienţă primară nu se vor administra vaccinuri vii. De asemenea nu se administrează vaccinuri dacă copilul este sub tratament cu steroizi.

Copii cu HIV şi AIDS. Acestor copii li se vor administra toate vaccinurile obişnuite, inclusiv vaccinuri vii, cu excepţia BCG.

Imunizări. Noua schemă sugerată de DoH (Department of Health) - Ministerul Sănătăţii din UK.[1](L = vaccin viu - live).

la 3 zile după naştere:	**BCG**$^{(L)}$ - dacă în familie s-au înregistrat cazuri de TBC în ultimele 6 luni (OHCM p.192);
la 2 luni:	**Triplu**-vaccin (Pertussis/Tetanus/Diphteria) - 0.5 ml subcutan; Haemophilus influenzae tip B; anti-polio$^{(L)}$ - per os (Notă: dacă este un copil prematur se va administra totuşi la 2 luni după naştere)
la 3 luni:	Se repetă **triplul-vaccin, anti-HiB şi anti-polio**$^{(L)}$;
la 4 luni:	Se repetă **triplul-vaccin, anti-HiB şi anti-polio**$^{(L)}$;
12-18 luni:	MMR$^{(L)}$ - Measles/Mumps/Rubella (=MMRII) la *copiii de ambele sexe.* Se foloseşte o singură doză de 0,5 ml administrată subcutanat;
4-5 ani:	**Tetanus/Diphteria** & **anti-polio**$^{(L)}$ - rapel. MMRII (se va administra într-un loc diferit) dacă nu s-a făcut deja la 12-18 luni.
10-14 ani:	**BCG** (precum şi anti-rubeolă$^{(L)}$ la fetiţele cărora nu li s-a făcut MMRII);
15-18 ani:	**Polio**$^{(L)}$ & **Tetanus** + **Difterie** (doză mică) - rapeluri.
Rapeluri la adulţi:	**Tetanus** (p.268), **polio** (p.274), **rubella** (p.254).

NB. Imunizarea anti-Haemophilius influenzae tip B se va face subcutanat sau intramuscular la un loc diferit de imunizarea triplă care se face simultan. Produsele diferitelor case nu sunt interşanjabile şi se recomandă să se folosească aceeaşi marcă pe tot parcursul imunizărilor. Pentru cei care erau prea mari pentru a li se administra anti-HiB în acelaşi timp cu triplul-vaccin, se poate face vaccinarea şi mai târziu (de ex. împreună cu MMRII, sau cu alte ocazii). După aceasta este nevoie de o singură injecţie deoarece imunitatea este foarte probabilă.

Vaccinul anti-hepatită B. Se va administra la naştere, apoi la o lună şi la 6 luni dacă mama este Hbs+. Produsul recomandat este Engerix B® - 0,5 ml intramuscular în deltoid. (Se va asocia cu 200 unităţi de imunoglobulină anti-hepatită B, care se vor injecta în alt loc, tot intramuscular.) Pentru alte categorii de risc, vezi MMC, p.512.

---

[1] DoH 1992 *Immunization Against Infections Disease*, HMSO

Bolile congenitale şi diagnosticul prenatal[1]

▶Este mai important să fim capabili să iubim pe cei handicapaţi, şi să-i respectăm pe cei care-i îngrijesc decât să prevenim handicapul - deoarece în primul caz devenim mai umani, iar în cel de-al doilea riscăm să eşuăm în propria noastră zeificare.

Probele genetice. Acestea folosesc tehnologia recombinantă a AND pentru a stabili legătura între bolile congenitale de cauză necunoscută şi markeri AND care sunt distribuiţi în întregul genom uman. Folosind AND fetal obţinut din celulele care plutesc în lichidul amniotic (vezi amniocenteza, p.186) în cursul celui de-al doilea trimestru de sarcină, sau eşantioane din vilii corionici (ChVS - Chorionic Villus Sampling, vezi p.186) în cursul primului trimestru, este posibil să se facă un screening pentru numeroase boli genetice (vezi tabelul alăturat) -cum sunt choreea Huntington, distrofia musculară, rinichiul polichistic, fibroza chistică, talasemiile etc.

Deficitele enzimatice. Multe din erorile genetice de metabolism pot fi diagnosticate prin incubarea de ţesut fetal cu un substrat specific.

Pe culturi de celule, sau pe preparate obţinute din vilii corionici, se pot practica studii cromozomiale. Cele mai importante anomalii sunt aneuploidiile (anomalii ale numărului de cromozomi) - de ex, trisomia 21, 18 şi 13.

Screeningul pentru identificarea anomaliilor cromozomiale (de ex. cromozomul X fragil, p.845) se poate efectua în cazul mamelor purtătoare.

Non-disjuncţia. După meioză un gamet conţine, să spunem, doi cromozomi 21, în timp ce al doilea gamet nu conţine nici un cromozom 21. După fuziunea primului gamet cu un gamet normal produsul de concepţie va avea o trisomie 21, manifestată clinic sub forma unui sindrom Down (aproximativ 50% din aceste produse de concepţie sunt avortate precoce). În 95% din cazuri sindromul Down este determinat de această trisomie 21. Riscul depinde de vârsta mamei - la 20 de ani riscul este de 1 la 2000, la 30 de ani de 1 la 900, la 35 de ani de 1 la 365, la 40 de ani 1 la 110, la 45 de ani 1 la 30 şi la 47 de ani 1 la 20.

Schimbul de fragmente cromozomiale. O celulă în care survine un astfel de fenomen va conţine o cantitate normală de material genetic (translocaţie banală); dar un gamet din celula respectivă va avea un cromozom intact (să spunem, cromozomul 21) şi un alt cromozom mixt (să spunem, cromozomul 14), care, din cauza schimbului de fragmente, conţine material genetic din cromozomul 21. După fuziunea cu un gamet normal celulele vor avea trei părţi din cromozomul 21. Această trisomie de translocaţie 21 este la originea a 2% din cazurile de copii cu sindrom Down, şi nu este legată de vârsta mamei. Dacă tatăl este purtătorul translocaţiei, riscul apariţiei sindromului Down este de 10%, iar dacă mama este purtătoare, riscul este de 50%. Un număr de 0,3% din totalul mamelor prezintă această anomalie.

Mozaicismul. O trisomie poate să apară în timpul diviziunilor precoce ale unui produs de concepţie normal, astfel încât unele celule vor fi normale în timp ce altele vor prezenta trisomie 21. Acesta este cazul a 1-2% din copiii cu sindrom Down. Manifestările clinice la astfel de copii au un caracter variabil din punct de vedere al severităţii.

Alte anomalii cromozomiale. Acestea includ sindromul Turner (p.849), sindromul Klinefelter (p.843), şi sindromele Edward (p.840) şi Patau (p.846). În cazul sindromului "cri-du-chat" se observă o deleţie a braţului scurt al cromozomului 5, însoţită de ţipete ascuţite, anomalii ale sistemului cardio-vascular şi faţă cu aspect de "lună plină".

Sindromul Down.[1] *Cauze:* vezi mai sus. *Identificarea sindromului la naştere.* Copilul are un profil facial turtit, pliuri cutanate numeroase la nivelul gâtului, urechi displastice, hipotonie musculară şi semne radiologice de bazin displastic. Acestea constituie caracteristicile cele mai marcate. Alte semne includ: cap de formă rotundă, protruzia limbii, pete argintii la nivelul irisului (pete Brushfield), epicantus, mâini scurte şi late (cu un singur pliu palmar), şi un deget 5 curbat. Ulterior se pot observa şi un palat bucal înalt, precum şi o distanţă anormal de mare între primul şi al doilea deget de la picior. În cazul în care ai îndoieli în legătură cu diagnosticul, cere părerea unui expert - ceea ce este de preferat în loc de a recolta probe de sânge "pentru ca să vedem dacă este vorba de un Down", lucru care ar îngrijora-o pe mamă. Probleme asociate sindromului Down pot fi: atrezia duodenală, menţinerea ductului arterial, defecte ale foramenului prim (p.264), iar mai târziu un QI scăzut şi statură mică. Mama poate fi ajutată să-şi accepte copilul cu sindrom Down (adesea foarte drăgălaş), de către o altă mamă a unui copil cu sindrom Down.🖫

Glosar: A =amniocenteză; AFP =α-fetoproteină; C# =ruptură cromozomială; CA =analiză cromozomială; ChVS =probă corionică; CP =umflături cromozomiale; def =deficienţă; del =deleţie; EA =determinare enzimatică; EC =ecocardiografie; F =factor; FBS =probă de sânge fetal; FSkinB =biopsie de piele fetală (fetoscopie); HA =determinări hormonale; ISCE =schimb crescut de cromatidă soră; IUS =sensibilitate crescută la radiaţie ultravioletă; LCFA =determinarea acizilor graşi cu catenă lungă; LTT =testul de transformare a limfocitelor; MassSp =spectroscopie de masă; RE =enzime de restricţie; RFLP =polimorfism de restricţie a lungimii fragmentului; SSP =probă de la un situs specific; US =ultrasunet cu rezoluţie înaltă; URS =încorporarea sulfului radioactiv-35.

1 MA Cleary 1991 *Arch Dis Chi* **66** 816 2 RW Newton *Management of Down's Syndrome in Recent Advances in Paediatrics* Ed TJ David (vol. 10), Churchill Livingstone

Exemple de diagnostic prenatal

Erori înnăscute de metabolism: mucopolizaharidoze^{EA}. *Aminoacidopatii:* fenilcetonuria^{EA}, deficitul de ornitin-carbamoil-transferază^{EA}, citrulinuria^{EA}, arginosuccinicaciduria^{EA}, homocistinuria^{EA}, boala cu urină "sirop de arţar"^{EA}. *Tulburări ale hidraţilor de carbon:* galactozemia$^{EA/Mass\text{-}Sp}$, deficitul de galactokinază$^{EA/Mass\text{-}Sp}$, deficitul de galactozo-4 epimerază$^{EA/Mass\text{-}Sp}$, deficitul de G-6-PD^{EA}, glicogenozele^{EA}. *Tulburări ale purinelor şi pirimidinelor:* sindromul Lesch-Nyhan$^{EA/RFLP}$, deficitul de adenin-fosforibozil-transferază^{EA}. *Acidurii organice:* deficitul de 3-metil-crotonil-coenzimă A carboxilază^{EA}, aciduriile metilmalonice$^{EA/Mass\text{-}Sp}$, acidemia propionică$^{EA/Mass\text{-}Sp}$. *Tulburări ale lipidelor:* sialidoza^{EA}, boala Anderson-Fabry$^{EA/RFLP}$, boala Farber^{EA}, fucosidoza^{EA}, gangliozidozele^{EA}, boala Gaucher^{EA}, boala celulei I^{EA}, boala Krabbe^{EA}, manosidoza^{EA}, boala Wolman^{EA}, leucodistrofia metacromatică^{EA}, mucolipidoza III^{EA}, boala Niemann-Pick^{EA}. *Alte tulburări:* fosfatazia acidă^{EA}, hiperplazia adrenală (deficitul de hidroxilază 21)$^{HA/RFLP}$, sindromul cerebro-hepato-renal$^{LCFA/EA}$, cistinoza^{URS}, hipofosfatazia^{EA}, deficitul de sulfatază steroidă placentară (ihtioza legată de cromozomul X)$^{HA/EA}$.

Defecte genice izolate: fibroza chistică$^{EA/RFLP}$, distrofia musculară Becker^{RFLP}, corea Huntington^{RFLP}, boala polichistică renală a adultului^{RFLP}, neurofibromatoza generalizată^{RFLP}, scleroza tuberoasă^{RFLP}, distrofia miotonică^{RFLP}, ataxia telangiectazică$^{C\#}$, sindromul Bloom$^{ISCE\&IUS}$, anemia Fanconi$^{C\#}$, xeroderma pigmentosumdefect de reparare a ADN-ului, sindromele de epidermoliză buloasă^{FSkinB}, displazia hipohidrotică ectodermală^{RFLP}, neoplaziile endocrine multiple^{RFLP}.

Bolile cromozomiale: sindromul Down$^{Amnio/ChVS}$, trisomiile (13 şi 18)$^{Amnio/ChVS}$, sindromul Klinefelter$^{Amnio/ChVS}$, alte aneuploidii ale cromozomului sexual la bărbat$^{Amnio/ChVS}$, sindromul Turner$^{Amnio/ChVS}$, sindromul XXX$^{Amnio/ChVS}$, alte aneuploidii ale cromozomului sexual la femei$^{Amnio/ChVS}$, deleţia sau regruparea cromozomială (echilibrată sau aneuploidică), sindromul cromozomului X fragil$^{FBS/CA}$.

Malformaţii congenitale: defecte ale tubului neural$^{Mass\text{-}Sp/AFP/US}$, micro/hidrocefalie gravă$^{AFP/US}$, defecte cardiace^{ECHO}, agenezie renală^{US}, chisturi renale^{US}, hidronefroză^{US}, abdomen Prune, extrofia vezicii urinare^{US}, stenoză şi fistulă traheo-esofagiană^{US}, exomphalos, gastroschisis^{US}, hernie diafragmatică^{US}, atrezie duodenală^{US}, displazii ale scheletului^{US}, buză de iepure sau gură de lup^{US}, higroma chistică^{US}, teratoame^{US}, hidrops fetalis^{US}, numeroase anomalii multiple^{US}.

Defecte genice: distrofia musculară Duchenne, siclemia$^{SSP/RE/ADNdel}$, talasemiile$^{SSP/RE/ADNdel}$.

Defecte de coagulare: hemofilia A şi B$^{FVII/FIXa/RFLP}$, deficitul de factor X^{RFLP}.

Exemple de diagnostic prenatal

Tulburări imune: imunodeficiența combinată gravă^{EA}, imunodeficiența celulelor T^{RFLP}.

Tulburări de colagen: sindromul Ehlers-Danlos - tipurile II și V^{ADNdel}, osteogeneza imperfectă - tipurile I și II^{ADNdel}.

Virusuri: rubela$^{Anticorpi/RSDP}$, CMV$^{Anticorpi/RSDP}$.

Altele: deficitul de α-1-antitripsină$^{RFLP/SSP}$, porfiria intermitentă acută^{RFLP}, sindromul Robert^{CP}.

Consilierea genetică

Ţelul consilierii genetice (sfatului genetic) este de a oferi pacienţilor informaţii la zi cu privire la condiţia lor şi la consecinţele acesteia pentru ei şi pentru rudele lor, în aşa fel încât să fie capabili să ia decizii corespunzătoare.

▶Sfatul genetic este un domeniu specializat şi consilierea se face în cadrul unor centre regionale către care sunt îndrumate familiile afectate.[1]

Pentru a beneficia în cea mai mare măsură de consiliere este necesar ca:

- Persoana afectată să se prezinte la consiliere împreună cu membrii familiei (soţ/soţie, părinţi, copii, fraţi/surori). Desigur că se pot face şi consilieri individuale;
- Familia va fi informată că se va face un pedigree (un arbore genealogic) detaliat, şi că poate fi necesar să se ceară amănunte cu privire la situaţia medicală a rudelor îndepărtate;
- Trebuie să se ţină seama de faptul că sentimente de vinovăţie, de blamare şi de mânie sunt obişnuite în astfel de cazuri. Ele nu trebuie ignorate, ci tratate cu înţelegere. Trebuie să amintiţi celor implicaţi că nu ne putem alege strămoşii, şi nici nu putem controla ceea ce vom transmite descendenţilor noştri.
- Avertizaţi-vă pacienţii că majoritatea testelor nu permit să se obţină răspunsuri certe, "da" sau "nu", ci numai răspunsuri de tipul "probabil" sau "improbabil". În cazul în care se face o identificare a genelor, când un fragment molecular (marker) din apropierea genei poate fi urmărit la membri succesivi din familia respectivă, gradul de certitudine al răspunsului pe care îl putem obţine depinde de distanţa dintre marker şi genă (deoarece meiozele cu încrucişare le pot separa);
- Acceptă ideea că unele persoane nu doresc să fie testate - de ex. copiii unor persoane cu maladie Huntington, sau mama unui băiat care poate avea sindromul cromozomului X fragil, şi care, lucru uşor de înţeles, nu doreşte ca fiul ei să fie "marcat" (ceea ce ar putea avea consecinţe din punct de vedere social, al asigurărilor şi al locului de muncă). În astfel de cazuri oferiţi sfatul genetic pentru a fi sigur că deciziile pe care le va lua se vor baza pe o informare corectă - dar nu uitaţi că "a fi bine informat" poate uneori să constituie un handicap din punct de vedere al sănătăţii şi al stării de bine, p.188.

Tulburările cromozomiale includ sindromul Down (trisomia 21, p.248), sindromul Turner (45, X0, p.849) şi sindromul Klinefelter (47, XXZ, p.843). În cazul în care defectul genetic este suficient de important pentru a fi vizibil microscopic sunt implicate numeroase gene.

Boli autosomal dominante. Rinichiul polichistic (16p), boala Huntington (4p). O singură copie a genei defecte este suficientă pentru a determina leziunile şi ca o consecinţă a acestui fapt în mod obişnuit nu apar purtători asimptomatici.

Bolile autosomale recesive. Fibroza chistică (7q), beta-talasemia, siclemia (11p). În general este necesar ca ambele gene să fie defecte pentru ca să se producă manifestările de boală, deci purtătorii sunt un lucru obişnuit - iar pentru ca un copil să prezinte boala trebuie ca ambii părinţi să fie purtători. Consangunitatea (căsătoriile între rude) fac să crească riscul apariţiei acestor boli.

Boli legate de cromosomul X Distrofia musculară Duchenne, hemofilia A şi B, sindromul cromozomului X fragil (p.843). La purtătoare (XX) o genă normală de pe cel de-al doilea cromozom X previne manifestarea efectelor clinice. Bărbaţii (XZ) nu au o astfel de protecţie şi sunt afectaţi de boală.

Nomenclatura cromozomială. Autozomii sunt numerotaţi de la 1 la 22, în primul rând în ordinea dimensiunilor, 1 fiind cel mai mare. Braţele de fiecare parte a centromerului sunt definite ca "p" (petite) - mic, pentru braţul scurt, şi "q" pentru braţul lung. Deci "braţul lung al cromozomului 6" este numerotat "6q".

N.B. Sarcina şi faptul că mama nu doreşte să avorteze, nu exclude posibilitátea de a primi un sfat genetic util.

Conceptul de "screening al cuplului". O problemă serioasă legată de consilierea genetică o constituie testele fals pozitive. În cazul fibrozei chistice triajul - care se face prin analiza celulelor obţinute din mucoasa bucală, riscul de falsă pozitivitate poate fi redus cu 97% dacă se face testarea ambilor părinţi. Îngrijorarea este justificată doar dacă amândoi sunt pozitivi.[2]

---

[1] In UK, phone 0171 794 0500 - to find nearest centre. [2] N Wald 1991 *Lancet* ii 1318. See also ID Young *Recent Advances in Paediatrics*, Ed TJ David (vol 10), Churchill Livingstone and Nuffield Council on Bioethics 1993 *Genetic Screening, Ethical Issues* (London WCIB 3EG). *Acknowledgement:* Material supplied by Dr. Philip Zack

Exantemele virale
Rujeola, rubeola, parotidita epidemică

Rujeola. *Agentul cauzal* este un paramixovirus ARN. *Modul de răspândire:* prin picături Flüge. Incubaţie: 7-21 de zile. Boala este infecţioasă de la primele simptome prodromale (catar, stare proastă, conjunctivită, febră) până la 5 zile de la apariţia exantemului. Conjunctivele au un aspect sticlos, apoi pliul semilunar se umflă (semnul Meyer).

Petele Koplik sunt patognomonice. Acestea se prezintă ca nişte granule de sare diseminate pe mucoasa bucală. Adesea pălesc după apariţia exantemului macular, care debutează retroauricular apoi se întinde în jos sub formă de pete confluente în zilele 3-5 de la apariţie.

Tratamentul constă în izolare, tratarea tuturor infecţiilor bacteriene secundare.

Complicaţii: convulsii febrile, meningită, keratoconjunctivită, imunosupresie. La cei la care apare imunosupresia se poate dezvolta o formă fatală de pneumonită cu celule gigante. Infecţia intrauterină poate determina malformaţii. Cea mai gravă complicaţie este encefalita (din fericire rară), manifestată cu cefalee, oboseală, convulsii şi comă. Până la 15% din pacienţii care fac encefalită pot să moară iar până la 25% prezintă convulsii, surditate şi retardare mintală.

Prognostic. În ţările dezvoltate vindecarea este completă. Rujeola este însă o problemă gravă în multe din ţările sărace, unde poate fi mortală.

Rubeola (este cunoscută şi sub numele de *rujeolă germană,* - de la "cousin germane", în sensul că este foarte apropiată de rujeolă, înrudită cu aceasta). Boala este provocată de un virus ARN. Incubarea durează 14-21 de zile, iar pacientul este contagios cu 5 zile înainte şi 5 zile după apariţia erupţiei. *Simptomele* sunt de obicei uşoare, caracteristică fiind erupţia maculară şi limfadenopatia suboccipitală. În mod obişnuit nu este nevoie de *tratament.* Pentru imunizare se foloseşte un vaccin cu virus viu (p.245) care se administrează subcutanat. Sarcina este o contraindicaţie pentru vaccinare.

Momentul cel mai potrivit pentru a imuniza fetiţele care nu au fost vaccinate cu vaccinul triplu (MMR) este între 11 şi 13 ani.

Complicaţii. Artrite ale articulaţiilor mici, malformaţii *in utero* (p.98). În primele 4 săptămâni de sarcină infecţia poate determina anomalii oculare în 70% din cazuri. Dacă survine în săptămânile 4-8, rubeola poate provoca anomalii cardiovasculare în 40% din cazuri, iar între săptămânile 8-12 produce surditate la 30% din cazuri.

Parotidita epidemică este cauzată de un paramixovirus ARN. Diseminarea se face prin picături Flüge şi prin salivă. *Incubarea* este de 14-21 de zile. Imunitatea pe care o lasă infecţia este permanentă. Pacientul este contagios cu 7 zile înainte şi cu 9 zile după începerea tumefierii glandelor parotide. Pacientul are *semne prodromale* (stare generală proastă, febră), urmate de tumefierea dureroasă a glandelor parotide, la început unilaterală, apoi bilaterală în 70% din cazuri. *Complicaţii:*

orhită (asociată sau nu cu infertilitate), artrită, meningită, pancreatită, miocardită. În mod obişnuit vindecarea este completă.

Tratamentul va consta din repaus la pat şi administrarea de paracetamol, aşa cum se face pentru stările febrile. Se va folosi sirop de paracetamol (120mg/5ml) în doze de 5-10 mg/kg la copiii sub trei luni; 60-120 mg la cei între 3 luni şi 1 an; 120-250 mg la copiii între 1 şi 5 ani, şi 250-500 mg la cei între 6 şi 12 ani. Se pot folosi şi supozitoare cu paracetamol (de 60 mg). Efectul paracetamolului poate fi amplificat dacă se spală copilul cu un burete umezit cu apă călduţă.[1] Rehidratarea evită vasoconstricţia.[2]

Parvovirusul uman tip B19 este agentul cauzal al sindromului numit "obraz pălmuit", caracterizat de un eritem în regiunea malară, şi de o erupţie secundară la nivelul membrelor. Boala, cunoscută şi sub numele de "boala a cincea", sau eritem infecţios este uşoară. La adulţi artralgiile sunt mai accentuate decât la copii, fiind asociate cu un sindrom similar cu cel al febrei glandulare şi cu o reacţie Paul-Bunnell[3] fals pozitivă. În comunităţile închise infecţia este foarte contagioasă. La pacienţii cu siclemie eritemul infecţios poate declanşa o criză aplastică.

În UK aceste boli (rujeola, rubeola şi parotidita epidemică) trebuie declarate. Pentru vaccinul MMR vezi p.245-7. **Infecţiile herpetice** - vezi MMC, p.202-3.

Boala (mână-picior-gură") este cauzată de virusul Coxsackie A16. Copilul are o stare generală rea urmată de apariţia, pe plante, palme şi pe mucoasa bucală, a unor vezicule care pot să fie dureroase până la vindecare, şi nu fac crustă. *Incubaţia* este de 5-7 zile iar *tratamentul* este simptomatic.

Alte cauze de erupţii cutanate la copii: (vezi şi capitolul de Dermatologie, p.651).

- O erupţie maculo-papulară tranzitorie este adesea una din caracteristicile a numeroase infecţii virale banale la copil.
- Erupţiile purpurice apar în cadrul meningococemiei (p.302), al purpurei Henoch-Schonlein (p.78), al purpurei trombocitopenice idiopatice.
- Erupţiile medicamentoase sunt obişnuite şi se manifestă sub formă de eriteme maculo-papulare după administrarea de penicilină sau fenitoină.
- Scabia (p.678), muşcăturile de insecte.
- Eczema (p.634), urticaria (p.654), psoriasis-ul gutat - poate să apară ca urmare a unei infecţii respiratorii la copil (p.662), pitiriasis rosea (p.670).
- Boala Still - este asociată cu erupţie maculo-papulară tranzitorie, febră şi poliartrită (p.849).

---

[1] A Kinmoth 1992 *BMJ* ii 1134 [2] *Drug Ther Bul* 1992 **30** 12 [3] JV Pether 1994 *BMJ* i 595

Varicela (herpes) zoster

Varicela este o infecţie primară cu virusul varicela zoster. Herpesul zoster este o reactivare a unui virus latent din rădăcina ganglionului posterior.

Varicela. Pacientul prezintă grupuri de vezicule cutanate de diferite vârste care debutează în mod tipic pe spate. *Durata incubării* este de 12-21 de zile.

Infectivitate: cu 4 zile înainte de apariţia erupţiei până când toate leziunile fac crustă. Infecţia se răspândeşte prin picături Flüge, dar se poate lua şi de la cineva care are herpes.

Evoluţie şi riscuri. Boala debutează cu febră moderată, iar erupţia apare după 2 zile. În mod obişnuit, varicela reprezintă un risc doar pentru pacienţii cu imunosupresie, cu fibroză chistică sau la nou-născut. În astfel de cazuri se poate considera utilizarea aciclovir-ului (vezi mai jos).

Tratament. Aplicare cotidiană de antiseptic pe vezicule (de ex. clorhexidin). În cazul în care se produc suprainfecţii bacteriene se va administra flucloxacilină (125-250 mg/6h, per os). La bolnavi cu imunosupresie se va administra imunoglobulină anti-varicela zoster şi aciclovir. În cazul varicelei, aciclovir-ul se poate administra o perioadă de 7 zile - cu începere din prima zi a erupţiei. Doza la copilul sub 2 ani este de 20mg/kg/6h (sau 200mg/6h), administrată per os. La copilul între 2 şi 5 ani se dau 400 mg/6h, iar la cei peste 6 ani se dau 800mg/6h. La adult se administrează 800mg/4 ore (dar se "sare" peste doza de noapte). În cazul insuficienţei renale se reduce doza. Nu există date care să sugereze că aciclovir-ul reduce numărul de complicaţii la bolnavii imunocompetenţi - dar şi la aceştia poate să diminue simptomele severe, care se pot adesea observa la pacienţii mai vârstnici, sau la cel de-al doilea, sau al treilea bolnav în aceeaşi familie.

Herpes. *Tratament.* Analgezie orală. Herpes oftalmic (p.556). Tratamentul cu aciclovir poate să oprească evoluţia infecţiei zosteriene la persoanele cu imunitatea compromisă (la care infecţia este mai agresivă, fiind însoţită de pneumonită, hepatită şi meningoencefalită). Doza de aciclovir pentru administrare intravenoasă este 10mg/kg/8h (în decurs de o oră).

Varicela la femeile însărcinate. Într-un studiu care a cuprins 43 de femei cu varicelă în cursul sarcinii s-a constatat că 9 din acestea (22%) aveau şi alte manifestări patologice - 4 au prezentat pneumonie, din care una a decedat şi o alta a necesitat ventilare artificială, 4 au născut precoce, din care 2 au avut copii prematuri.[2] Infecţia care se produce în primele 20 de săptămâni ale sarcinii poate avea drept rezultat un sindrom varicelos congenital (atrofie corticală cerebrală, hipoplazie cerebelară, microcefalie, convulsii şi intârziere mintală, hipoplazia membrelor, degete rudimentare şi cicatrice pigmentate). Acest sindrom este rar - mai puţin de

5% din cazuri. În cazul în care mama face boala în intervalul de 1 săptămână înainte şi 4 săptămâni după naştere, copiii pot face o formă gravă de varicelă. În astfel de cazuri se administrează copiilor imunoglobulină anti-zoster (250 mg intramuscular) la naştere. În cazul în care se declanşează boala copilul va fi izolat.

Infecţia poate fi prevenită prin vaccinarea femeilor susceptibile înainte de sarcină, folosind vaccin viu (acolo unde acesta este accesibil). Utilizarea globulinei de varicela zoster poate preveni infecţia în 50% din cazuri dacă se administrează persoanelor susceptibile care au venit în contact cu cazuri de boală. Femeilor însărcinate li se administrează 1000mg de globulină imună anti+zoster pe cale intramusculară. Injectarea trebuie făcută într-un interval de 3 zile după expunerea la infecţie. Studiile efectuate arată că femeilor însărcinate care se infectează trebue să li se administreze aciclovir pentru a ameliora evoluţia infecţiei cu varicela zoster. Fătul nu pare să fie afectat negativ.[1] Varicela la naştere poate constitui o problemă, mortalitatea infantilă fiind de 30% în aceste cazuri.[2]

---

[1] K Boyd 1988 BMJ i 393

[2] T Stephenson 1993 BMJ i 1753

Unele malformaţii gastrointestinale

Atrezia esofagiană (asociată sau nu cu fistulă traheo-esofagiană). Cel puţin 85% din copiii cu atrezie esofagiană au şi fistulă traheo-esofagiană, iar 30% vor avea încă o anomalie. Simptomele constau în tuse, obstrucţie a căilor respiratorii (secreţii abundente), distensie abdominală, cianoză şi pneumonie recurentă.

Diagnostic. Imposibilitatea de a introduce un cateter în stomac se poate verifica la examenul radiologic când se vede cateterul încolăcit în esofag. Se va evita utilizarea substanţelor de contrast la examenele radiologice digestive, folosind în schimb metodele endoscopice.

Tratamentul constă în corectarea chirurgicală a fistulei prin abordare cervicală.

Hernia diafragmatică este însoţită de respiraţie neregulată şi de garguimente în hemitorace (de obicei în cel stâng). Bătăile cordului se aud mai bine în partea dreaptă. În cazul în care copilul este cianotic, prognosticul este prost. Uneori malformaţia este sugerată de dificultatea resuscitării la naştere. În 50% din cazuri această malformaţie se asociază cu defecte ale tubului neural, cu trisomie 18, cu deleţia braţului scurt al cromozomului 27, şi cu alte sindroame (sindromul Pierre-Robin, sindromul Beckwith-Wiedmann - p.268 şi 837). Incidenţa malformaţiei este de 1 la 2200. Diagnosticul se poate face prenatal cu ajutorul ultrasunetelor sau postnatal cu metode radiologice.

Tratament: Introduceţi un tub nasogastric larg de îndată ce se suspectează acest diagnostic. Măştile faciale sunt contraindicate (aşa că intubează şi ventilează, dacă este necesar, cu presiune joasă şi un ritm de 100/min şi presiune minimum pozitivă). Aranjează de urgenţă operaţia chirurgicală într-un centru potrivit.

Boala Hirschprung constă în absenţa congenitală a ganglionilor într-un segment al colonului ceea ce determină scaune la intervale mari, cu secţiune redusă, obstrucţie gastro-intestinală şi megacolon. Fecalele se pot palpa prin peretele abdominal, iar tuşeul rectal va pune în evidenţă doar câteva minuscule boluri fecale. Malformaţia este mai frecventă la băieţi, raportul fiind de 3:1. Complicaţiile includ perforaţii gastro-intestinale, sângerare, ulceraţii. Diagnosticul poate fi stabilit cu ajutorul unei clisme baritate sau prin introducerea unui sigmoidoscop în porţiune aganglionică şi prelevarea unei biopsii (în vederea punerii în evidenţă a excesului de acetilcolinesterază). În mod obişnuit, este necesară excizarea secţiunii aganglionice, deşi aceasta nu determină o recuperare imediată.

Herniile inghinale se datorează menţinerii unui canal inghinal deschis (de-a lungul acestui canal se produce coborârea testiculelor în scrot). Herniile inghinale se prezintă sub forma unei umflături situată lateral de tuberculul pubian. Uneori aceste hernii pot fi intermitente, fiind evidenţiate doar atunci când copilul plânge. În 25% din cazuri herniile inghinale se manifestă bilateral.

Scopul tratamentului chirurgical este de a repara aceste defecte înainte de instalarea obstrucţiei. Adesea herniile inghinale sunt asociate cu hidrocel, ceea ce face dificil diagnosticul diferenţial cu o hernie incarcerată.

Imperforaţia anusului. Majoritatea fetiţelor care prezintă această anomalie au o fistulă la nivelul introitului vaginal posterior, iar băieţii au o fistulă la nivelul uretrei posterioare (ceea ce face posibilă apariţia de meconiu în urină). Absenţa unei fistule perineale la băieţi indică o comunicare cu uretra, şi poate fi necesară o colostomie. În mod obişnuit la această anomalie se pot asocia şi alte anomalii genito-urinare.

Diverticulul Meckel (vezi p.846).

Malrotaţia intestinului mijlociu. Lipsa fixării mezenterului intestinului subţire poate avea ca rezultat un volvulus al intestinului mijlociu sau o obstrucţie a celei de-a treia porţiuni a duodenului prin benzi fibroase. Copilul poate să nu aibă simptome timp de câţiva ani, până când survin vomismente inexplicabile. Hemoragiile rectale indică necroza intestinului mijlociu - şi justifică intervenţia chirurgicală de urgenţă pentru decomprimare.

Malformaţii genito-urinare

Lipsa coborârii testiculelor se observă la 2-3% dintre nou-născuţi, iar la prematuri cifra este de 15-30% - dintre care la 25% anomalia este bilaterală. În zilele reci un testicul retractil poate să se retragă în canalul inghinal şi poate să scape celui mai atent examen (trebuie examinat copilul stând pe vine, cu picioarele încrucişate, sau într-o baie caldă). În cazul în care testiculul nu a coborât el va putea fi găsit undeva pe traiectul canalului inghinal. În cazul în care se face fixarea testiculului în scrot (orhidopexie) înainte de vârsta de 1 an se previne infertilitatea. Administrarea intra-nazală (sub formă de spray) a hormonului eliberator de gonadotrofină nu dă rezultate certe.

Prezenţa valvelor uretrale determină uremie (p.332). Vezica urinară poate fi palpată chiar după evacuare. Jetul de urină este intermitent. Cistograma cu micturiţie pune în evidenţă dilatarea uretrei posterioare.

Hipospadias. Meatul se găseşte pe partea ventrală a penisului şi poate fi stenozat. Se va evita circumcizia şi se va folosi tegumentul prepuţial pentru a efectua corectarea anomaliei înainte de vârsta şcolară.

Epispadias. Meatul uretral se găseşte pe partea superioară a penisului.

Unele anomalii congenitale şi genetice. *Rinichiul în formă de potcoavă.* Cei doi rinichi se prezintă fuzionaţi pe linia mediană. Simptomele pot fi absente, sau pot apărea infecţii urinare (renale) şi uropatie obstructivă. Diagnosticul radiologic (urografie intravenoasă) pune în evidenţă deplasarea medială a rinichilor şi rotaţia sistemului de colectare a urinei.

Rinichiul polichistic infantil poate cauza tulburări respiratorii, uremie şi hipertensiune. Examenul radiologic va pune în evidenţă prezenţa unor chisturi la nivelul tubilor colectori. Diametrul acestora este mai mare de 5 mm. Structura histologică a ficatului este totdeauna anormală la aceşti pacienţi. Supravieţuitorii riscă să dezvolte hipertensiune portală şi hematemeză. Moştenirea defectului este de tip recesiv. În cazul rinichiului polichistic al adultului (p.446) transmiterea se face dominant.

Rinichiul ectopic. Acesta se poate prezenta sub forma unei mase pelviene, sau poate fi văzut la urografie intravenoasă. Se poate asocia cu anomalii ano-rectale.

Agenezia renală cauzează oligohidramnios şi un aspect facial caracteristic (facies Potter, p.134). În cazul în care agenezia este bilaterală decesul survine precoce. Este posibilă o asociere cu o altă anomalie, şi anume uter cu un singur corn.

Păstrarea deschisă a urachus-ului se manifestă prin scurgerea de urină prin ombilic.

Extrofia vezicii urinare. Mucoasa vezicală este exteriorizată.

Uretere duble. Acestea se pot asocia cu ureterocel, infecţii ale tractului urinar, pielonefrită.

Defectele tubilor renali se pot manifesta sub forma tulburării uneia sau mai multor funcţii tubulare: glicozurie renală, cistinurie sau diabet insipid. În cazul acidozei tubulare există o deficienţă a mecanismului de conservare a bazelor fixe, ceea ce duce la acidoză metabolică cu urină alcalină. Simptomele acestor tulburări sunt creşterea deficientă, poliurie şi polidpsie.

Nefroblastomul Wilms. Aceasta este cea mai comună tumoră intra-abdominală la copil şi reprezintă 20% din totalul bolilor maligne ale copilăriei. Este vorba de o tumoră mezodermală nediferenţiată a masei celulare intermediare. Vârsta medie la care se manifestă este de 3 1/2 ani. În 95% din cazuri tumora este unilaterală. Stadiile tumorii sunt:

I. tumoră limitată la tesutul renal; **II.** difuzare extra-renală, dar rezecţia este posibilă; **III.** difuzare abdominală extinsă; **IV.** metastaze la distanţă; **V.** boală bilaterală.

Aspecte clinice: febră, dureri în flancuri, masă abdominală. Hematuria nu este un simptom comun. La examenul radiologic se observă distorsiunea pelvisului renal şi hidronefroză.

Se va evita biopsia renală. Se face nefrectomie urmată de chemoterapie (vincristină şi doxorubicin).

Organe genitale ambigue

▶Este un fenomen rar şi necesită imediat opinia unui expert.

Elemente determinante ale genului. Trebuie să se facă distincţia între elementele sexuale genetice, gonadice, fenotipice (influenţate de secreţia hormonilor sexuali), şi sexul psihologic.

Istoric şi examen. Se va determina dacă subiectul a fost expus la testosteron, progesteron, fenitoină sau aminoglutetimid. Se va urmări dacă au existat în antecedentele familiale cazuri de mortalitate neonatală (sindromul adreno-genital se moşteneşte ca o trăsătură recesivă). Se vor nota dimensiunile falusului şi poziţia orificiului uretral, dacă labiile sunt fuzionate şi dacă testiculele au coborât.

Testare. Se fac frotiuri din mucoasa bucală. În cazul în care este vorba de o fată se constată prezenţa corpilor Barr. Se va efectua testul pentru fluorescenţa cromozomului Y. Aceste teste necesită mai puţin de 24 de ore. Un studiu cromozomial necesită 5-9 zile. În cazul în care există falus, dar frotiul bucal confirmă genul feminin, diagnosticul va fi de hermafroditism autentic, de sindrom adreno-genital, sau de prezenţa hormonilor androgeni la mamă (medicamente sau tumori). În cazul în care există falus, iar frotiul bucal indică sexul masculin, se poate spune părinţilor că este vorba de un băiat.

Nu vă bazaţi pe aparenţe în cazul în care copilul prezintă: criptorhidism bilateral (copil la termen), chiar dacă falusul este prezent; criptorhidism unilateral cu hipospadias; hipospadias peno-scrotal sau perineoscrotal. Aceşti copii trebuie să fie examinaţi de un endocrinolog specializat pentru a se exclude rezistenţa la androgeni (de ex. feminizare testiculară, când feminizarea se va produce la adolescenţă în ciuda androgenilor, ceea ce face necesar ca aceşti copii să fie educaţi ca fete). NB: în cazul în care falusul întins măsoară la naştere sub 25 mm este improbabil ca el să poată fi folosit pentru procreare, în ciuda chirurgiei plastice.

Dacă există incertitudine din cauza dimensiunilor foarte reduse ale penisului, endocrinologul pediatru va putea recomanda un tratament cu gonadotropină corionică timp de 3 zile. Dacă copilul este băiat, penisul va creşte (este chiar posibil ca dimensiunile penisului să atingă limitele normale) în interval de 48 de ore.

Hermafroditismul autentic. Dintre copiii hermafrodiţi 10% sunt XY, 10% sunt un mozaic cromozomial şi 80% sunt XX. Este preferabil ca aceştia să fie educaţi ca fete. Două-treimi dintre hermafrodiţi vor avea menstruaţie.

Sindromul adreno-genital constă din hiperplazie suprarenală congenitală din cauza unei secreţii excesive de hormoni androgeni - consecutivă deficitului de hidroxilază-21, hidroxilază-11, sau 3-beta-hidroxisteroid dehidrogenază. Subiectul nu poate să producă o cantitate adecvată de cortizol şi creşterea consecutivă a hormonului adrenocorticotrop duce la hiperplazia suprarenalei şi hiperproducţie de precursori ai cortizolului (care au efecte androgene).

Caracteristici clinice şi biochimice. Vomismente, deshidratare şi ambiguitate genitală. Băieţii nu vor prezenta anomalii la naştere, dar vor avea o instalare precoce a pubertăţii, sau o ambiguitate genitală (cu reducerea secreţiei de hormoni androgeni şi deficit de 17-hidroxilază), sau o masculinizare incompletă (hipospadias cu criptorhidism din cauza deficitului de 3-beta-hidroxisteroid dehidrogenază). Hiponatremia (cu creşterea paradoxală a concentraţiei sodiului în urină) asociată cu hiperpotasemie sunt frecvente. În 90% din cazuri se observă o creştere a 17-hidroxiprogesteronei din plasmă. De asemenea se remarcă o creştere a 17-cetosteroizilor urinari.

Tratamentul de urgenţă este necesar în cazul în care copilul prezintă o criză adrenocorticală (colaps circulator) la scurt timp după naştere. Se va administra de urgenţă soluţie salină intravenos (3-5g sodiu/zi), glucoză şi hidrocortizon (100 mg/2-6h, i.v.). De asemenea se va administra 0,1mg fludrocortison/zi per os.

---

1 JO Ahlquist 1994 *BMJ* i 1041

Bolile cardiace congenitale (CHD, BCC)

Incidenţa acestor boli este de 8 la 1000 de naşteri. Se pun de la început două întrebări: dacă *defectul este compensat* (fără manifestări), şi în cazul în care nu este compensat, dacă *există cianoză.* Defectele necompensate determină o alimentare proastă, dispnee, hepatomegalie şi congestie venoasă la nivelul gâtului.

Categorii fiziologice[1]: • şuntul stânga-dreapta (defect atrio-septal sau ventriculo-septal) • scăderea perfuziei sistemice, puls slab asociat sau nu cu acidoză (cord stâng hipoplastic, stenoză aortică) • congestie venoasă pulmonară (stenoză mitrală) • transpoziţie (din vena cavă în aortă) • scăderea fluxului sanguin în venele pulmonare (boala Fallot) • amestec intra-cardiac de sânge "albastru" şi "roşu" (truncus arteriosus).

Cauzele defectelor necompensate fără cianoză (şuntul se face de la dreapta la stânga): defecte atrio-septale, defecte ventriculo-septale, fereastră aorto-pulmonară, ductus arteriosus patent. Ulterior hipertensiunea pulmonară poate duce la schimbarea sensului şuntului cu apariţia cianozei (sindrom Eisenmenger, p.839).

Cauzele cianozei: şunt dreapta-stânga prin defect septal (ventricular sau aortic), tetralogia Fallot (p.839), transpoziţia vaselor mari, alte defecte multiple, stenoză tricuspidiană sau pulmonară, atrezie asociată cu şunt.

Investigaţii: hemogramă completă, electrocardiogramă, ecocardiogramă tridimensională, cateterizare cardiacă, examen radiologic şi măsurarea concentraţiei oxigenului plasmatic.

Defectele septului ventricular reprezintă 25% din totalul cazurilor. Simptomele sunt: murmur aspru, puternic, pansistolic, asociat sau nu cu tril şi cu murmur apical de regurgitare. La electrocardiogramă apar semne de hipertrofie ventriculară stângă sau combinată. La examenul radiologic se evidenţiază stază pulmonară. Evoluţie: la 20% din cazuri survine o închidere spontană a defectului în jurul lunii a 9-a (boala Roger).

Defectele septului atrial constituie 7% din totalul acestor afecţiuni. Simptomele sunt: al doilea zgomot cardiac este fix, murmur medio-sistolic cu maximum de intensitate în cel de-al doilea spaţiu intercostal, pe marginea stângă a sternului. Examenul radiologic va evidenţia cardiomegalie, cord globulos. Electroardiograma va arăta semne de hipertrofie ventriculară dreaptă, asociată sau nu cu bloc de ramură dreaptă incomplet.

Ductus arteriosus patent. Copilul se prezintă cu o dezvoltare deficitară, pneumonii repetate în antecedente, insuficienţă cardiacă, endocardită. Semne: colapsul pulsului, tril cardiac, murmur în aria pulmonară. La examenul radiologic apare o aortă de dimensiuni mari, iar la electrocardiogramă semne de hipertrofie ventriculară stângă. Administrarea de dexamethason în perioada care precedă travaliul, atunci când acesta survine înainte de termen, ajută la închiderea canalului arterial, în timp ce administrarea de indometacin ajută la menţinerea deschisă a canalului în cazurile în care boala congenitală este dependentă de acesta.

Coarctaţia aortei. Constricţia aortei duce la o întârziere a pulsului radio-femural, creştere a presiunii arteriale la nivelul braţelor (poate cauza epistaxis) şi o reducere a presiunii arteriale la nivelul gambelor, precum şi dispariţia pulsului la nivelul labei piciorului, prezenţa unui murmur sistolic posterior stâng şi insuficienţă cardiacă. La examenul radiologic se vede o incizură la nivelul coastelor, iar la electrocardiogramă apar semne de hipertrofie ventriculară stângă.

Transpoziţia marilor vase se însoţeşte de cianoză şi murmur sistolic. La radioscopie se observă ventricule ovoidale, iar electrocardiograma indică hipertrofie ventriculară dreaptă. Septostomia atrială dreaptă cu ajutorul balonaşului permite sângelui oxigenat să ajungă în aortă prin cordul drept.

Stenoza pulmonară este asociată cu freamăt pulmonar şi murmur sistolic (vezi p.365).

Tratament. • Insuficienţa cardiacă se va trata cu alimentare prin sondă naso-gastrică, copilul fiind în poziţie aşezată; administrează oxigen, furosemid (1mg/kg/24h, administrat lent intravenos), şi digoxin (10 µg/kg/24h per os). • În cazul bolilor cardiace congenitale cu cianoză, dependente de păstrarea canalului arterial (ductus arteriosus) deschis administrează prostaglandină E1 (0,05-0,1 µg/kg/min, i.v.) şi intubează copilul care va fi transportat sub ventilaţie, la o unitate specializată. În timpul transferului fii atent la apariţia fenomenelor de hipotermie, hipoglicemie, hipocalcemie şi hipovolemie. • Se va preveni endocardita (p.224-5).

Intervenţiile chirurgicale pe cord deschis cu hipotermie şi stop circulator pot fi efectuate la orice vârstă - pentru tetralogia Fallot, defecte septale ventriculare, transpoziţia marilor vase şi drenajului venos anormal (când venele pulmonare se varsă în sistemul port).

Valvuloplastia cu balonaş reduce nevoia de intervenţie chirurgicală pe cord deschis în cazul stenozei pulmonare, dar în cazul valvuloplastiei aortice apar probleme din cauza restenozării şi a incompetenţei reziduale. Tehnica cu balonaş se foloseşte şi în coarctaţia aortei. Exemple de chirurgie paleativă sunt următoarele: realizarea unui manşon în jurul arterei pulmonare pentru a limita fluxul sanguin, şunturi sistemice spre plămân pentru a dezvolta un arbore arterial pulmonar prea mic, înainte de introducerea unui tub echipat cu supapă.

156 Howarth 1993 Arch Dis Chi **68** 707

Sunetele cardiace la copil

Adesea la copil se percepe un murmur de curgere la începutul sistolei de-a lungul marginii stângi a sternului. Acesta are un caracter benign şi absenţa altor elemente îl deosebeşte de murmurul care apare în malformaţiile cardiace.

În timpul auscultării celui de-al doilea zgomot cardiac trebuie să ne punem unele întrebări:[1]

- Este un sunet dublu în inspiraţie şi simplu în expiraţie? (situaţie normală);
- Este un sunet dublu permanent? (defect de sept atrial);
- Al doilea zgomot cardiac este unic tot timpul - niciodată dedublat (boala Fallot, atrezie pulmonară, stenoză pulmonară, trunchi arterial comun, transpoziţia marilor artere - în care caz aorta anterioară maschează sunetele care provin din trunchiul pulmonar posterior);
- Componenta pulmonară (a 2-a parte) este prea puternică (stenoză pulmonară)?

NB: cel de-al doilea zgomot cardiac este mai util din punct de vedere diagnostic decât primul zgomot.

Întrebări pe care trebuie să ni le punem atunci cînd auscultăm un murmur cardiac:

Momentul în care apare: • Crescendo-descrescendo în cursul ejecţiei sistolice (murmur fără semnificaţie patologică, stenoză de valvă semilunară sau stenoză arterială periferică);

- Pansistolic, fără crescendo-descrescendo (defect septal ventricular, incompetenţă mitrală);
- Tardiv în cursul sistolei, fără crescendo-descrecendo (prolaps mitral, p.360);
- La începutul sistolei, în descrescendo (incompetenţă aortică sau pulmonară);
- În mijlocul diastolei, crescendo-descrescendo (creşterea fluxului prin valva atrio-ventriculară - defect septal ventricular sau atrial, sau stenoză de valvă tricuspidă sau mitrală. În cazul în care apare un pocnet la deschidere - p.360, sau dacă există o accentuare presistolică este mai probabilă existenţa unei stenoze a valvei mitrale).
- Murmur continuu - de obicei crescendo-descrescendo (persistenţa canalului arterial, sau fistulă arterio-venoasă).

Intensitatea. Există 6 grade de intensitate a zgomotului:

1 Zgomot audibil doar cu un copil liniştit, într-o cameră liniştită;
2 Zgomot slab dar uşor de auzit;
3 Zgomot puternic dar fără tril (freamăt);
4 Zgomot puternic cu freamăt;
5 Audibil chiar dacă stetoscopul are doar un contact parţial cu pielea;
6 Audibil fără stetoscop.

De la gradul 4 în sus este foarte probabilă a boală structurală a cordului.

Manevre care pot să accentueze sau să diminueze zgomotul.

- Inspiraţia face să crească întoarcerea venoasă sistemică (presiunea "negativă" atrage sânge din abdomen în torace), de unde şi murmurul din stenoza pulmonară şi regurgitaţia tricuspidiană;
- Expiraţia face să crească întoarcerea venoasă pulmonară şi face să scadă întoarcerea sistemică, deci şi defectul septal ventricular, incompetenţa mitrală şi stenoza aortică;
- Manevra Valsalva face să scadă întoarcerea venoasă şi murmurul de curgere benign, dar intensifică murmurul determinat de incompetenţa mitrală şi obstrucţia subaortică;
- Poziţia şezândă sau în picioare (spre deosebire de poziţia culcată) face să se reducă murmurul de curgere benign, dar intensifică murmurul datorat obstrucţiei sub-aortice sau cel provocat de zgomotul venos - care se percepe cel mai bine la baza dreaptă sau sub clavicula stângă, sau la nivelul gâtului - unde poate fi abolit prin apăsarea blândă a jugularei de aceeaşi parte. Murmurul determinat de persistenţa canalului arterial este asemănător, dar nu se modifică cu postura.

Rezultatele cateterismului cardiac:

Stenoză pulmonară - creşterea presiunii în ventriculul drept; scăderea presiunii în artera pulmonară;

Foramen ovale - la fel ca mai sus + creşterea presiunii în atriul drept şi reducerea concentraţiei oxigenului plasmatic;

Defect septal ventricular - creşterea presiunii în ventriculul drept; concentraţia oxigenului în ventriculul drept este mai mare decât în atriul drept;

Defect septal atrial - presiunea atrială şi oxigenul în sângele atrial sunt crescute;

Ductus arteriosus - creşte presiunea în ventriculul drept; concentraţia oxigenului din artera pulmonară este mai mare decât în ventriculul drept;

Tetralogia Fallot - (p.839); presiunea din artera pulmonară este mai mare decât în ventriculul drept; concentraţia oxigenului din ventriculul drept scade.

Murmurul cardiac din boala Still[1] este probabil cel mai benign. Incidenţa cea mai mare se observă la vârsta de 4-5 ani. Murmurul devine manifest în cazul în care copilul este febril, sau chiar la un examen de rutină. Este caracterizat de muzicalitate şi tonalitate joasă. Este un murmur situat la mijlocul sistolei şi poate fi perceput între marginea stângă a sternului şi apex, putând radia în cel de-al doilea spaţiu intercostal. Diagnosticul diferenţial se face de obicei cu un defect septal ventricular, dar spre deosebire de acesta din urmă, murmurul din boala Still are un caracter crescendo-descrescendo.

---

[1] EJ Ladusans 1993 *Update* 47 33

Despicăturile labio-palatine

Sunt cele mai comune malformaţii faciale şi rezultă din nonfuzionarea proceselor maxilare şi pre-maxilare care are loc în cea de-a 5-a săptămână de gestaţie. Buza de iepure (despicătura labială) merge de la buză la nară. Defectul poate fi bilateral, fiind adesea asociat, în aceste cazuri, cu despicătură palatină şi deplasarea anterioară a procesului premaxilar. Despicătura palatină poate fi mai mică sau mai mare. Uneori poate afecta doar uvula. Incidenţa acestor malformaţii este de 0,8-1,7/1000 de naşteri. Cauzele pot fi în parte genetice, dar ele pot fi provocate şi de medicamente (benzodiazepine, antagonişti ai acidului folic), sau de rubeolă. În 50% din cazuri sunt asociate şi alte malformaţii (trisomia 18, 13-15 sau sindromul Pierre-Robin - mandibulă de dimensiuni foarte reduse care poate cauza atacuri de cianoză).

Tratament. Cere opinia specialiştilor în chirurgie maxilo-facială. Înainte de efectuarea intervenţiilor chirurgicale plastice poate fi necesară alimentarea copilului cu tetine speciale. Chirurgia reparatoare pentru buza de iepure se poate efectua de la vârsta de 3 luni, iar pentru gura de lup de la vârsta de un an. Tratamentul chirurgical al leziunilor unilaterale complete sau incomplete dă adesea rezultate cosmetice foarte bune. Leziunile bilaterale lasă totdeauna un oarecare grad de diformitate. Printre complicaţii se numără otita medie, pneumonia de aspiraţie, fistule palatine post-operatorii, defecte de vorbire (se va solicita ajutorul unui terapeut specializat).

Alte malformaţii ale capului şi gâtului

La nivelul ochilor Anoftalmia. Lipsa ochilor. Malformaţie rară, face parte din leziunile determinate de trisomia 13-15.

Ectopia lentis este însoţită de glaucom şi acuitate vizuală scăzută. Marginea cristalinului este vizibilă. Malformaţia se observă în cazurile de arahnodactilie, sindrom Ehlers-Danlos (p.840), homocistinurie. Incidenţa este de 1 la 5000 de naşteri. Transmiterea se face autosomal dominant sau recesiv.

Cataractă. Malformaţie determinată de rubeolă, se poate observa şi în cadrul sindromului Down, sau în asociere cu alte malformaţii transmise recesiv sau legate de sex.

Coloboma constă în crestături ale irisului şi deplasarea pupilei. Incidenţa este de 2/10.000. Transmitere autosomală recesivă.

Microftalmie. Ochii sunt de dimensiuni reduse. Malformaţia are o incidenţă de 1/1000 de naşteri. Poate fi cauzată de rubeolă sau este de origine genetică fiind transmisă autosomal dominant.

La nivelul urechilor. Urechi accesorii situate înaintea celorlalte. Incidenţa este de 15/1000 de naşteri.

Urechi deformate - sindromul Treacher-Collins (p.849).

Urechi amplasate jos se observă în asociaţie cu sindromul Down şi cu boli cardiace congenitale.

La nivelul nasului şi gâtului. Atrezia cornetelor nazale. Copilul prezintă atacuri de cianoză după naştere. Nu se poate introduce un cateter nazal în faringe din cauza malformaţiei nazale. Incidenţa este de circa 1 la 5000 de naşteri.

Stridor laringeal congenital. Această malformaţie poate fi produsă de reţele fibroase laringeale sau de laringomalacie (laringele nu poate să se menţină în poziţie deschisă). Şi în acest caz incidenţa este de circa 1 caz la 5000 de naşteri.

Atrezia laringiană necesită traheostomie imediată deoarece prima inspiraţie nu reuşeşte să expandeze plămânii.

Fistulele branhiale sunt resturi ale pungilor branhiale 2 şi/sau 3 şi se manifestă sub forma unor deschideri la nivelul anterior al sternomastoidianului. Incidenţa este de circa 1 caz la 5000 de naşteri.

Chisturi branhiale şi tireoglotice (vezi MMC, p.59).

La nivelul craniului şi vertebrelor. Brahicefalia. Craniul este scurt şi larg din cauza unei închideri timpurii a suturii coronale (craniostenosis). Incidenţa este de 1 caz la 1000 de naşteri. Transmisie autosomală dominantă. Disostoza cleidocranială constă în absenţa claviculelor, ceea ce permite umerilor să se atingă. Osificarea craniană se face lent, sinusurile sunt absente, bolta palatină este înaltă. Incidenţa este de 1/5000, transmiterea se face autosomal dominant. Disostoza craniofacială se manifestă sub forma unui craniu în formă de turn, a nasului în formă de cioc asociate cu exoftalmie.

Sindromul Klippel-Feil (p.843) este caracterizat de fuziunea vertebrelor cervicale şi de un gât scurt.

La nivelul SNC. Hidrocefalie. Incidenţa este de 0,3-2/1000. Cauza pot fi leziunile neonatale, infecţii sau transmiterea genetică (defectul fiind transmis legat de sex). Toate acestea pot determina stenoza apeductului.

Sindromul Dandy-Walker (p.839). Malformaţia Arnold-Chiari (MMC, p.694).

Microcefalie. Cauzele acestei malformaţii pot fi genetice, infecţii intrauterine (rubeolă), hipoxie, iradiere. Incidenţa este de 1/1000, iar riscul de recidivă este de 1/50.

Spina bifida şi **anencefalia** (vezi p.270).

Sindromul alcoolic fetal

Severitatea sindromului depinde de cantitatea de alcool ingerată de mamă în timpul sarcinii. Caracteristicile malformaţiei sunt: microcefalie, fisuri palpebrale scurte, buză superioară hipoplastică, ochi mici, malformaţii cardiace asociate şi QI scăzut.

Defectele de tub neural

Spina bifida este malformaţia în care un arc vertebral este incomplet.

Spina bifida occulta. Este acea spina bifida în care malformaţia este acoperită de tegumente şi fascii.

Meningocel. Dura mater şi arahnoida spinală herniază prin defectul vertebral osos.

Mielocel. Segmente din substanţa nervoasă sunt expuse direct, fără să fie acoperite.

Mielomeningocel. În această malformaţie canalul spinal central este expus direct.

Anencefalie. Lipsa boltei craniene şi a cortexului cerebral

Encefalocel. Protruzia unei părţi a creierului prin craniu.

Prevalenţă. 0,1% de naşteri în Statele Unite, 0,4% în UK, 0,7% în ţara Galilor, 0,9% în Irlanda de Nord. Frecvenţa creşte cu cât copilul provine dintr-o clasă socială inferioară. Riscul de recidivă creşte de 10 ori dacă una din naşteri a fost afectată, de 20 de ori dacă două naşteri sunt afectate şi de 40 de ori dacă trei naşteri au fost afectate. Dacă unul din părinţi este afectat, riscul de a avea un copil cu astfel de malformaţii creşte de 30 de ori.

Deficitul neurologic este foarte variabil, depinzând de nivelul leziunii şi de gradul în care porţiunea inferioară a măduvei spinării poate funcţiona independent de cea superioară. Defectul poate să progreseze după naştere (şi după intervenţii chirurgicale). Hidrocefalia evoluează cu înrăutăţirea performanţelor intelectuale. Un copil cu astfel de defecte care învaţă să meargă în primii doi ani poate să piardă capacitatea de a se sprijini singur în anii următori (greutatea creşte cu cubul suprafeţei de sprijin în timp ce puterea creşte doar cu pătratul acesteia). Cei care au mielomeningocel lombo-sacral învaţă de obicei să meargă cu cârje în jurul vârstei de 3 ani, dar copiii care au leziuni la un nivel mai înalt doar rareori reuşesc să meargă. În cazul în care există o paralizie sub nivelul L3 se constată o situaţie instabilă, deoarece musculatura flexoare şi cea adductoare a şoldurilor nu este echilibrată şi există tendinţa de dislocare a şoldurilor. Doar 5-13% din cei cu astfel de malformaţii reuşesc să-şi păstreze capacitatea de a merge.

Tratamentul chirurgical. Indicaţiile precise privitoare la cine anume trebuie tratat se dovedesc adesea a fi prea rigide pentru a putea fi aplicate la pacienţi individuali. Rezultatul final al închiderii chirurgicale precoce a defectului depinde de starea rinichilor după multiple infecţii ale tractului urinar şi de gradul hidrocefaliei tardive (care necesită drenaj al LCR prin şunturi ventriculo-peritoneale). Mortalitatea post-operatorie poate atinge valori de până la 25%. Multe intervenţii sunt necesare pentru corectarea deformaţiilor coloanei (care este adesea severă şi foarte dificil de tratat).[1]

Dificultăţi pentru dezvoltarea copilului. • Incontinenţă urinară şi fecală Dispozitive peniene, derivaţii urinare sau auto-cateterizare intermitentă (la fetiţe) reduce dificultăţile de îngrijire şi riscul de escare. • Izolare socială şi sexuală. Necesită o şcolarizare specială. • Intervenţia protectoare a mamei "care le face pe toate" împiedică maturizarea. • Imobilitate.

Diagnosticul intrauterin. O concentraţie a alfa-fetoproteinei serice mai mare de 90U/ml la mamă, în cea de-a 18-a săptămână de gestaţie poate pune în evidenţă circa 80% din cazurile de spina bifida deschisă şi 90% din anencefalii. Dar acest test mai poate evidenţia şi alte defecte (exomphalos, nefroză congenitală, valve uretrale, sindrom Turner, trisomie 13, oligohidramnios). Amniocenteza, combinată cu examene ecografice detaliate şi competente poate ameliora diagnosticul.

Prevenţie. În cazul mamelor care au deja un copil afectat există date care arată că administrarea de acid folic (5mg/zi),[1] înainte de o nouă concepere (ţinând seama de faptul că tubul neural ia naştere cu 28 de zile înainte ca sarcina să fie identificabilă), reduce riscul de recidivă a defectelor de tub neural la 72%[2]. În prezent se recomandă a se administra 0,4 mg de acid folic în lunile care precedă concepţia, precum şi timp de 13 săptămâni după concepţie. Vezi p.100.

---

[1] DoH 1991 PL/CMO (91) 11

[2] MRC Vitamin Study Research Group 1991 *Lancet* ii 131

▶▶Reanimarea după naştere(APLS)

Majoritatea nou-născuţilor sunt complet sănătoşi, şi lucrul cel mai bun de făcut este ca aceşti copii să fie redaţi mamelor lor fără nici un fel de interferenţă, astfel încât alăptarea la sân şi stabilirea legăturilor să înceapă fără întârziere. Copiii care la naştere nu respiră necesită o intervenţie rapidă pentru a li se salva viaţa. În cazul în care nu dispuneţi de echipament adecvat trebuie să vă amintiţi de reanimarea gură la gură-nas. Un pediatru trebuie să asiste la următoarele tipuri de naşteri cu risc: prin cezariană, pelviană, sarcină multiplă, forceps, sângerare intra-partum, prematuritate, eritroblastoză, eclampsie.

Înainte de naştere. Este bine să te familiarizezi cu echipamentul disponibil. Leagănul de reanimare trebuie încălzit. Cere pături calde. Spală-te pe mâini. Explică mamei că prezenţa ta este necesară spre binele copilului. În cazul în care există suferinţă fetală este bine ca mamei să i se administreze oxigen 100%.

La naştere se va determina scorul APGAR (vezi mai jos). ▶În cazul în care copilul se găseşte în mod evident într-o situaţie critică, nu mai pierde timpul determinând scorul Apgar, ci procedează după cum urmează:

• Porneşte un cronometru. • Acoperă copilul în leagăn. • Îndepărtează mucusul din oro-faringe prin sucţiune. Foloseşte un laringoscop pentru eventualitatea în care copilul a inhalat meconium. • Evaluează culoarea tegumentelor, frecvenţa cardiacă, şi efortul respirator.

Dacă tegumentele copilului au culoarea roz, dacă pulsul este peste 100 pe minut şi dacă efortul respirator este bun atunci copilul va fi încredinţat mamei.

Apnea primară presupune că frecvenţa pulsului este sub 60/minut, iar copilul este cianotic. Se administrează oxigen prin pâlnie şi se aşteaptă un minut. *Apneea terminală* este manifestată prin puls sub 60/minut, paloare şi flacciditate. Se procedează la succţionare uşoară, ventilaţie cu mască sau intubaţie. *Născut-mort* - apnee asistolică terminală - se trece la reanimare cardio-pulmonară completă.

▶▶Reanimare cardio-pulmonară la nou-născut. Intubează şi ventilează cu oxigen 100% (asigură-te că sistemul de ventilare are un rezervor şi că este echipat cu un ventil de siguranţă fixat la 30-40 cm de apă). Ventilarea se va face în ritm de 30-40/minut.

Începe masajul cardiac (120 compresiuni pe minut, folosind indexul şi degetul mijlociu). Masajul se face cu 2 cm sub linia mamelonară apăsându-se sternul cu 1,5 cm. La fiecare ventilaţie pulmonară se execută 3 compresiuni toracice. Dacă situaţia nu se ameliorează se va administra: • *Adrenalină* 10 µg/kg IV sau 20 µg/kg prin tub endotraheal • *Bicarbonat* 1 milimol/kg IV • *Adrenalină* 10-30 µg/kg i.v. la fiecare 3-5 minute de stop cardiac.

Dacă răspunsul este încă insuficient gândeşte-te la: • Hipotermie -se usucă nou-născutul şi se ţine sub o lampă calorică. • Pneumotorax -în cazul în care copilul este ventilat artificial. • Hipoglicemie -administrează dextroză 25%, 2 ml/kg IV. • Toxicitate provocată de opiacee -administează naloxon 10 µg/kg IV dacă mama a primit opiacee; doza poate necesita repetare la 2-3 minute. • Anemie -hemoragie fetală importantă -administrează albumină 4,5%, 20 ml/kg, apoi sânge. • Verifică dacă nou-născutul are o boală congenitală pulmonară sau cardiacă însoţită de cianoză (p.264). ▶Transferă copilul la o unitate specializată.

Principala problemă este **intubarea endotraheală.** În cazul copiilor născuţi la termen se va folosi un tub fără manşon nr. 3,0 dacă este un copil între 2500 şi 1250 g, sau nr. 2,5 dacă este vorba de un copil mai mic. Tehnica se va deprinde cu ajutorul unui specialist. Totdeauna trebuie să existe tuburi de dimensiuni variate (mari şi mici). Practicarea pe un model poate fi factorul determinant în salvarea vieţii.

Prognostic. În cazul unui scor Apgar 0, majoritatea supravieţuitorilor (peste 80%) nu vor avea de suferit, şi cei mai mulţi dintre cei care vor prezenta anomalii neurologice după naştere vor recupera complet deficitul. Dacă scorul Apgar este mai mic de 4 la 1 minut după naştere 17% din cei afectaţi vor muri (48% în cazul în care au greutate mică). Dacă scorul Apgar este mai mic de 4 la 5 min, 44% din copii vor deceda.

Scorul Apgar

Scor	*Puls*	*Efort respirator*	*Tonus muscular*	*Culoare*	*La sucţiune*
2	> 100	ţipăt puternic	mişcare activă	roz	tuşeşte bine
1	< 100	lent, neregulat	flexia membrelor	extremităţi albăstrui	deprimat
0	0	absent	absent	complet cianotic	absent

Probleme. Adesea cel care face reanimarea determină şi scorul. Reanimatorul are de făcut lucruri mai importante, cum ar fi intubarea , iar scorul Apgar presupune că nou-născutul nu este intubat.

1 N Marlow 1992 *Arch Dis Chi* 67 765

Terapie intensivă neonatală

Terapia intensivă neonatală este o dezvoltare tehnologică a principiilor fundamentale ale primului ajutor - aşa-numitul ABC, de la A (*a*irways - căi aeriene), B (*b*reathing - respiraţie) şi C (*c*irculation - circulaţie). Succesul intervenţiilor depinde de capacitatea de a controla aceste trei elemente şi de a asigura cel mai bun mediu intern care să permită vindecarea şi creşterea fără retardare mintală şi spasticitate. Pe măsură ce tot mai multe funcţii fiziologice sunt preluate de maşini, monitorizarea mediului intern capătă o importanţă vitală. Se vor monitoriza: temperatura, frecvenţa cardiacă, presiunea sanguină (chiar intra-arterială în cazul în care acest lucru este necesar), respiraţia (cu înregistrare continuă), gazele dizolvate în plasmă (cu electrozi transcutani sau intra-arteriali), bilirubina, electroliţii, greutatea zilnică, circumferinţa craniană (săptămânal).

Pacientul este de obicei un copil prematur ai cărui duşmani de moarte sunt frigul, hipoglicemia (p.280), sindromul de insuficienţă respiratorie (p.282), infecţia (p.280), hemoragia intraventriculară, apneea şi enterocolita necrotică (p.286).

Frigul. Având un volum mic şi o suprafaţă relativ mare acesta este o problemă majoră pentru copiii prematuri şi subponderali. Pentru a evita efectele frigului se folosesc incubatoare care permit controlul temperaturii (ca şi al umidităţii şi al presiunii parţiale a oxigenului), oferind în acelaşi timp şi o oarecare protecţie împotriva infecţiei.

Atacurile de apnee neonatală. *Cauzele* acestor atacuri sunt prematuritatea, aspirarea laptelui (în căile aeriene), insuficienţa cardiacă, infecţia, hipoxia, hipoglicemia şi hipocalcemia.

Dacă stimularea copilului nu restabileşte respiraţia se va proceda la aspirarea faringiană şi la ventilare cu balon de oxigen şi mască. Se vor evita concentraţiile mari de oxigen pentru a preveni retinopatia de prematuritate care poate să urmeze unor reanimări repetate.

Teste pentru identificarea cauzelor apneei: RXT, U&E, investigaţii pentru depistarea infecţiilor, se va determina glicemia şi ionii de calciu şi magneziu.

Prevenirea şi tratamentul apneei. În cazul în care apneea este provocată de aspiraţie se vor administra mese mici la fiecare 2 ore sau se va alimenta copilul prin tub. Se va monitoriza permanent presiunea de oxigen. În cazul în care apneea apare chiar în prezenţa unei concentraţii a oxigenului de 40% în aerul inspirat, vor fi necesare proceduri de ventilare speciale (ca CPAP sau IPPV). Administrarea de aminofilină (0,15mg/kg/h, i.v.) poate fi utilă dar trebuie să se controleze concentraţia plasmatică a substanţei. În cazul în care se instalează o tahicardie persistentă (peste 165/min) se va reduce doza. Suprimarea bruscă a aminofilinei poate determina apariţia unor noi crize de apnee.

Retinopatia de prematuritate[1]**.** Vasele retiniene premature sunt sensibile la creşterea presiunii parţiale de oxigen în aerul inspirat, lucru care survine adesea în cursul manvrelor de reanimare. Aceasta poate duce la fibroză retiniană, dezlipirea retinei şi pierderea vederii. În cazul copiilor cu un grad mai mare de imaturitate pierderea vederii se instalează mai târziu. Prevalenţă: copiii sub 1000 g - 53%; copiii de 1250 g -43%; copiii de 1500 g - 35%.

Clasificare. Există cinci tipuri de retinopatie de prematuritate, în funcţie de locul unde se produce detaşarea, de gradul detaşării şi de întinderea acesteia (măsurată în ore-ceas la fiecare ochi).

Tratament. Crioterapia este eficace.

Screening. Orice copil care la naştere are o greutate mai mică de 1500 g, sau care se naşte la, sau înainte de cea de-a 31-a săptămână de gestaţie trebuie examinat. În cazul în care naşterea a survenit la săptămâna a 25-a se va face examen oftalmoscopic cu dilatare pupilară cu ciclopentolat 0,5%, în momentul în care copilul a atins vârsta de 6-7 săptămâni, apoi la fiecare 2 săptămâni până la împlinirea a 36 de săptămâni post-menstrual. Adesea un singur examen efectuat la prematurii care se nasc la 26-31 săptămâni de sarcină este suficient. Este preferabil ca examinarea să fie făcută de un oftalmolog.

Hemoragia intraventriculară. Acest accident survine la peste 40% dintre copiii născuţi prematur care au o greutate la naştere mai mică de 1500 g. Hemoragia poate fi subependimală, subarahnoidiană sau direct într-un ventricul sau în ţesutul cerebral. Cauzele posibile sunt: traumatismul obstetrical, hipoxia, o tulburare a coagulării (p.286). Trebuie suspectată o hemoragie intraventriculară la orice nou-născut care se deteriorează fără o cauză evidentă. Semne care indică un astfel de accident sunt: opistotonus, iritabilitate cerebrală, stare de şoc, incapacitatea progresivă de a se alimenta, fontanelă proeminentă asociată cu o expansiune rapidă a craniului, un reflex Moro exagerat sau absent, convulsii şi stare de somnolenţă. Cu toate acestea circa 50% din cazuri sunt "tăcute".

Teste Examenul ecografic şi tomografia computerizată confirmă diagnosticul. Complicaţiile posibile sunt retardarea mintală şi spasticitatea. Mulţi din aceşti copii supravieţuiesc fără tulburări, dar nu este sigur că ulterior nu vor surveni dificultăţi de şcolarizare sau tulburări de comportament.

Tratamentul constă în repaus, ridicarea capului şi controlul convulsiilor (p.280).

1 AR Fielder 1992 *Arch Dis Chi* **67** 860

2 Cryotherapy for retinopathy group 1990 *Arch Ophth* **108** 1408

Ventilarea nou-născuţilor

Aceasta este o tehnică ce se învaţă la patul copilului. Asistentele sunt adesea experte şi sunt cele mai potrivite pentru a explica tehnica. Copii care sunt aparent foarte asemănători pot avea necesităţi de ventilare foarte diferite, astfel încât cele ce urmează constituie doar un îndreptar general, pentru a te pregăti pentru ce urmează să înveţi. Sunt necesare îmbunătăţiri continue ale tehnicilor de analiză transcutană a gazelor dizolvate în sânge.

Ventilaţia cu flux continuu cu presiune limitată şi ciclu de timp. Copilul respiră un flux de gaz încălzit şi umezit prin intermediul unui tub endotraheal. Este preferată calea nazo-trahealǎ (deoarece se produc mai puţine deplasări ale tubului), dar introducerea unui tub pe această cale necesită mai multă experienţă. *Variabile:* amestecul de aer şi oxigen, presiunea inspiratorie maximă (PI), presiunea expiratorie terminală pozitivă, timpul inspirator (TI) şi timpul expirator (TE). Între inspiraţia ventilatorului copilul poate să facă eforturi respiratorii (ventilaţie intermitentă obligatorie). În cazul unui sindrom de deficienţă respiratorie gravă trebuie să se încerce obţinerea unui timp de inspiraţie prelungit (1-1,5 s) şi un raport TI/TE egal sau mai mic decât 1. Dacă sindromul este mai puţin sever se poate încerca şi un raport mai mare de 1, cu risc de pneumotorax redus.

Parametri iniţiali. Alege acei parametri care asigură o excursie toracică bună, care permit să se perceapă intrarea aerului în plămân (la auscultare), şi valori bune ale oxigenului sanguin (măsurate prin dispozitive transcutanate). În mod tipic se vor alege valori ca: TI=1s, 20-25 cicl/min, presiune de inspiraţie 14-16 cmH_2O şi presiune terminală pozitivă la expiraţie de 5 cmH_2O. Se vor face ajustările necesare în funcţie de rezultatele analizei gazelor.

Presiune expiratorie terminală pozitivă (positive end expiratory pressure - PEEP). Se adaptează un ventil la braţul expirator al circuitului ventilator ceea ce va menţine presiunea în plămîn egală sau mai mare de o atmosferă. Un nivel mai mare de 10 cmH_2O se foloseşte doar rareori (deoarece întoarcerea venoasă la torace este diminuată).

Presiune continuu pozitivă în căile respiratorii (continuous positive airways pressure - CPAP). Presiunea se menţine ridicată în tot timpul ciclului respirator, venind în acest fel în ajutorul inspiraţiei spontane. Folosită cu îndemânare această metodă are doar puţine complicaţii şi este utilă în primele stadii ale ventilării unui nou-născut.

Ventilaţia declanşată de pacient (patient-triggered ventilation -PTV). Utilizarea metodelor tradiţionale de ventilare pot să declanşeze rezistenţă din partea copilului care va încerca să expire în timpul intrării aerului, de unde şi nevoia de a folosi substanţe paralizante - care au însă dezavantajul de a crea o dependenţă totală a copilului de ventilator. În astfel de situaţii retenţia de lichide este frecventă şi pot apărea contracturi la nivelul membrelor. PTV este o cale de a evita aceste efecte, funcţionarea ventilatorului fiind stabilită de pacient.[1]

Paralizia musculară se induce cu Pancuronium (0,02-0,03mg/kg IV, apoi 0,03-0,09mg/kg la fiecare 1.5 - 4 h, pentru a menţine paralizia). În acest fel se evită instalarea pneumotoraxului la copii care se opun ventilatorului (având nevoie de PI neaşteptat de mari).

Analgezia. Se recomandă administrarea de dextroză 5% cu 100-200 µg de morfină/kg la fiecare 30 min, apoi 5-15 µg/kg/h.[1] [2] Aceste cantităţi sunt considerate ca fiind lipsite de riscuri şi reduc concentraţia catecolaminelor - o posibilă corelare obiectivă între durere şi stres.

Suprimarea ventilării. Se scade progresiv rata IMV şi se scade PI în trepte de 2 cm H_2O. Se va încerca extubarea în momentul în care concentraţia gazelor dizolvate în plasmă este adecvată cu un PEEP de -2cm H_2O şi cu respiraţie spontană.

Scurgerile de aer. Aerul sub presiune poate produce ruptura alveolelor scurgându-se de-a lungul vaselor şi bronhiolelor (emfizem pulmonar interstiţial), putându-se întinde intrapleural (pneumotorax cu colaps pulmonar), sau în mediastin sau peritoneu.

Acest accident se manifestă cu tahipnee, cianoză, asimetrie toracică. Radioscopia în decubit lateral permite deseori să se stabilească diagnosticul. Poate fi necesară o aspiraţie imediată cu ac de puncţie. Aceasta se va face "orb" în cel de-al doilea spaţiu intercostal pe linia medio-claviculară folosind un ac "fluture" 25G şi o seringă de 50 ml conectată la un sistem de evacuare cu trei căi. Dacă scurgerea de aer este continuă se va utiliza un sistem de etanşare subacvatic.

Retinopatia prematurului p.274 **Displazia bronhopulmonară** p.277.

[1] A Greenough 1992 *Arch Dis Chi* **67** 69 [2] *Drug Ther Bul* 1994 21

Displazia bronhopulmonară

Aceasta a fost descrisă pentru prima dată în 1967, fiind definită ca un sindrom pulmonar cronic la copii prematuri care fuseseră ventilaţi mecanic pentru insuficienţă respiratorie. Pacientul are hipoxemie persistentă şi nu poate fi scos de pe ventilator.

Examenul radiologic va pune în evidenţă hiperinflaţie pulmonară, zone rotunde de translucenţă alternând cu fascicule radiodense subţiri.

Din punct de vedere *histologic* se constată bronşiolită necrotică şi fibroză alveolară.

Mortalitatea în acest sindrom este de circa 40% din cazuri.[1]

Manifestările iniţiale constau în reducerea stării de conştienţă, paralizie cerebrală, probleme de alimentare şi desaturare în O2 în timpul alimentării.[2]

Efectele tardive se observă în adolescenţă sau la adultul tânăr şi includ obstrucţia căilor aeriene, hiperreactivitate căilor respiratorii şi hiperinflaţie pulmonară.

[1] W Northway 1992 *NEJM* 333 1793 [2] L Singer 1992 90 380

Icterul neonatal

Pentru a detecta icterul la copiii care nu sunt albi, li se va apăsa nasul.

O hiperbilirubinemie (peste 200 μmoli/l) după prima zi de viaţă este un lucru obişnuit, şi poate avea un rol "fiziologic" (prin legarea radicalilor liberi).[1] Mecanismele care stau la originea unei astfel de hiperbilirubinemii sunt:

1 Imaturitate hepatică în privinţa încorporării şi conjugării bilirubinei;

2 Îndepărtare şi distrugere excesivă a eritrocitelor fetale;

3 Concentraţie redusă de albumină plasmatică (bilirubina nu poate fi conjugată);

4 Lipsa florei intestinale, ceea ce împiedică eliminarea pigmenţilor biliari;

5 Ingestie insuficientă de lichide, sau alăptarea la sân (laptele matern conţine factori inhibitori - dar aceasta nu constituie un motiv pentru a întrerupe alăptarea la sân).

Icterul care apare în primele 24 de ore după naştere este totdeauna patologic.

Cauzele acestui icter pot fi:

- Boala hemolitică Rhesus (a nou-născutului) - cu test Coombs direct pozitiv (p.284).
- Incompatibilitate între mamă şi făt în cadrul sistemului ABO (mama O; copilul A sau B. Testul Coombs direct poate fi pozitiv sau negativ. Se va cerceta sângele mamei pentru a se evidenţia prezenţa hemolizinelor (sau pentru a găsi incompatibilitate cu alte grupuri sanguine rare (anti-C, E, e, Kell, Duffy).
- Anomalii congenitale ale eritrocitelor: sferocitoza congenitală (se va face un frotiu), deficit de Glucozo-6-fosfat dehidrogenază (se va cerceta enzima).

La toţi pacienţii pot fi efectuate următoarele investigaţii: hemoleucogramă, frotiu, grup sanguin, test Coombs, examen de urină pentru agenţi reducători, investigaţii pentru infecţie (p.280 - poate fi un factor important).

Icter prelungit (care nu dispare după 7-10 zile). Cauze: • hipotiroidism (este foarte important ca această cauză să fie explorată - se va determina T4 şi TSH);

• atrezie biliară ▶aceasta va trebui exclusă la *toţi* pacienţii care continuă să aibă icter după 14 zile; • galactozemie - se vor face teste specifice (galactozurie), care vor fi negative, dar testele pentru agenţi reducători urinari sunt pozitive.

Icter nuclear - poate să se producă în acele cazuri în care bilirubina este peste 360 mmoli/l (însă valorile care pot determina icterul nuclear la prematuri sunt mai mici). Icterul nuclear are mai multe stadii, după cum urmează:

Stadiul I: copilul este somnolent, suge mai puţin şi este letargic în timpul suptului;

Stadiul II: temperatura creşte, copilul este agitat, prezintă mişcări anormale ale gurii şi retracţia pleoapelor (semnul soarelui care apune);

Stadiul III: fază latentă;

Stadiul IV: paralizie cerebrală, iar ulterior surditate şi scăderea QI.

Valori mai mici ale bilirubinei (170-323 µmoli/l) nu vor duce la leziuni permanente şi au efecte reduse asupra dezvoltării intelectuale ulterioare, afară de cazul în care copilul este prematur sau subponderal la naştere - când pentru fiecare µmol/l de bilirubină suplimentar se produce o scădere cu 0,009-0,018 puncte ale QI.[1]

Tratament. Metode pentru reducerea nivelului bilirubinei plasmatice. Fototerapia are efect dacă icterul este moderat, dar nu constituie un substitut pentru exsanguino-transfuzie. Efectele secundare constau în pierdere de lichide şi scăderea temperaturii. Se va suplimenta aportul de lichide cu 30 ml/kg/zi.

Fototerapia se va începe la următoarele valori ale bilirubinei plasmatice: copil la termen, după 48 de ore, 230 µmol/l (la 72 h - 250 µmol/l); la 4 zile - 275 µmol/l; la 5 zile - 300 µmol/l. La prematuri sau la cei subponderali la naştere se vor reduce aceste valori cu cel puţin 25 µmol/l. Se va întrerupe fototerapia când nivelul bilirubinei plasmatice a scăzut cu 25 de µmol sub limitele specificate.

Exsanguinotransfuzia foloseşte sânge la 37°C, care a fost testat pentru compatibilitate încrucişată atât la mamă cât şi la făt. Sângele se administrează printr-una din venele ombilicale. Trebuie să se schimbe 160 ml de sânge/kg într-o perioadă de 2 ore (două volume sanguine). În cazul în care se utilizează sânge conservat pe CPD nu este nevoie să se administreze şi calciu. Se controlează electrocardiograma, electroliţii, calciul, bilirubina şi glicemia. Dacă nivelul bilirubinei continuă să crească sunt necesare şi alte proceduri de exsanguino-transfuzie.

Exsanguinotransfuzia se va opri dacă ritmul cardiac fluctuează cu mai mult de 20 bătăi pe min. ▶Asigură-te că volumele schimbate sunt echilibrate. În cazul în care copilul este anemic se va considera administrarea unei transfuzii simple cu sânge proaspăt (20 ml/kg).

Exsanguinotransfuzia este indicată la următoarele concentraţii de bilirubină serică: copil la termen, la naştere - 50 µmol/l; la 12 h - 125 µmol/l; la 24 h - 200 µmol/l; la 36 h - 250 µmol/l; la 48 h - 325 µmol/l; la 72 h - 350 µmol/l; la 4 zile - 375 µmol/l şi la 5 zile - 400 µmol/l. Dacă este un prematur sau dacă are o greutate la naştere mai mică de 2,500 kg se vor diminua aceste praguri (de ex. cu 50 µmol după 48 de ore).

[1] *Lancet* Ed 1991 ii 1242

Nou-născutul bolnav

Infecţii extrem de grave pot să survină foarte brusc. Semnele pot fi minime, dar includ de obicei unul din simptomele următoare: refuzul hranei, somnolenţă sau plâns neobişnuit, agitaţie, hipotonie, vomismente, erupţii sau înroşirea peretelui abdominal (omfalită), şoc, creşterea temperaturii, bradicardie, convulsii, recesiunea muşchilor respiratori, tahipnee, cianoză, apnee.

Intervenţiile vor consta în: dezobstruarea căilor respiratorii, intubare şi ventilare, dacă este necesar. Aceste manevre vor corecta acidoza, astfel că doar rareori este necesară administrarea de bicarbonat. Se instalează perfuzie intravenoasă (20ml/kg, iniţial). Exclude hipoglicemia; măsoară gazele sanguine. Teste pentru depistarea infecţiei: • Hemocultură, examene virologice, hemoleucogramă, plachete, glicemie. • Puncţie lombară: (p.302) se examinează (de urgenţă) lichidul cefalo-rahidian coloraţie Gram, numărătoare de celule, culturi pentru bacterii, examen virologic, măsurarea glucozei. • Examen virologic al scaunului. • Examene de urină: microscopie, urocultură, examen viral. • Frotiuri din secreţiile ORL în vederea culturilor.

Antibiotice. În infecţiile recente (mai puţin de 48 de ore) agenţii patogeni cei mai comuni sunt streptococul beta-hemolitic şi *E. coli* (ca şi alte organisme prevalente). Se vor administra, de exemplu, următoarele doze: benzilpenicilină -10mg/kg/4h, asociată cu netilmicin -2mg/kg/8h, în perfuzie intravenoasă lentă. Se va controla concentraţia sanguină a netilmicinei, efectuând în acelaşi timp şi controlul ureei şi al creatininei şi ajustând cantitatea administrată în funcţie de datele privind activitatea renală. Cefotaxina poate fi considerată o alternativă satisfăcătoare (p.302). În cazul infecţiilor care au depăşit 48 de ore se poate presupune că stafilococul este principalul agent cauzal, astfel încât se va adăuga flucloxacilin (125mg/kg/6h - IV în 3 min), sau o cefalosporină.

În cazul în care examenul LCR sugerează existenţa unei meningite vezi p.302. Notă: dacă examenul LCR pune în evidenţă un număr de până la 30 de leucocite/mm^3, cu 60% de tip polimorfonuclear se va ţine seama că acest lucru poate fi normal la nou-născuţi.

Convulsiile neonatale. Frecvenţă: 3-6/1000 naşteri. *Cauze:* hipoxie, infecţie, hipoglicemie, hipocalcemie (sub 1,7 mmol/l), magneziu plasmatic sub 4 mmol/l, leziuni ale SNC (hemoragie, hidrocefalie, chisturi, scleroză tuberoasă).

Tratament: se aşează copilul în decubit lateral. Se administrează:

- Diazepam - 0,1-0,3mg/kg IV - lent;
- Se elimină posibilitatea unei hipoglicemii (sau se tratează, dacă există) - dextroză 10%, 5ml/kg, IV -în 5 min, apoi 100ml/kg/zi în perfuzie intravenoasă. În funcţie de valorile glicemiei se reduce ritmul perfuziilor. Se alimentează copilul la intervale de o oră;

- Fenobarbiton - 10mg/kg, IV, lent + 10mg/kg după o oră - dacă mai este necesar. Doza de întreţinere -se reduce lent de la 2 mg/kg/12h IV/per os. Se controlează nivelul din sânge -scopul este de a se atinge un nivel plasmatic de 30-45 µg/ml la 4 ore după o doză administrată pe cale bucală;
- Dacă convulsiile continuă, se va administra fenitoină -10-15 mg/kg IV (sub 1mg/kg/min, în soluţie salină). Nivelul plasmatic trebuie să fie de 10-20 µg/ml la o oră după administrarea unei doze;
- Dacă atacurile continuă administrează piridoxină - 50mg IV.

Hipocalcemia. Utilizează lapte cu conţinut scăzut în fosfat + gluconat de calciu 10%-4,4ml/kg/zi per os. Tratament IV: 0,2ml/kg diluat în 4,8ml/kg de ser 0,9% în decurs de 10min. Monitorizează ECG. Hipomagneziemie: Administrează clorură de magneziu 10mg, 0,3 ml/kg/6h PO.

Şocul. Cauzele acestuia includ: pierdere de sânge (hemoragie placentară, transfuzie de la un geamăn la celălalt, hemoragie intraventriculară, hemoragie pulmonară), pierderi capilare de plasmă (infecţie, hipoxie, acidoză, enterocolită necrozantă), piedere de lichide (diaree şi vomismente, pierdere insensibilă excesivă, diureză anormală), cauze cardiogene (hipoxie, hipoglicemie, şunturi stânga-dreapta, boli valvulare, coarctaţia aortei). *Semne:* puls ↑; TA↓; diureză↓; comă.

Tratament. Ventilaţie artificială dacă este necesar. Tratează cauza. Încearcă menţinerea presiunii venoase centrale la 5-8cmH$_2$O. Administrează plasmă -10-20ml/kg, IV, în decurs de 30-60 min, asociată cu dobutamină -5-15(g/kg/min, eventual combinată cu dopamină - 5-20 µg/kg/min pentru a obţine un efect optim. Dacă pH-ul este sub 7,2 se va administra bicarbonat 4,2% - 1-2 mmol/kg IV- dar numai după ce s-a restabilit o ventilare adecvată.

Sindromul de insuficienţă (detresă) respiratorie

Producţia de surfactant este insuficientă şi plămânii nu se pot menţine în stare de expansiune; reinflaţia între respiraţii epuizează copilul şi se instalează insuficienţa respiratorie. Aceasta este principala cauză a decesului la prematuri. Nou-născuţii cu risc - 100% din cei care se nasc la 24-28 săptămâni şi 50% din cei care se nasc la 32 de săptămâni. De asemenea sunt cu risc copiii născuţii din mame diabetice, cei de sex masculin, al doilea geamăn sau cei care se nasc prin cezariană.

Prevenire prenatală. Analiza fosfolipidelor din lichidul amniotic care arată o valoare mai mică de 2 a raportului lecitină/sfingomielină şi o concentraţie mai mică de 500 µg/dl a fosfatidil-serinei conjugate, pot fi, uneori utile pentru a evalua gradul de maturitate fetală şi constituie o indicaţie pentru folosirea dexametasonei la mamă (8mg/8h IM, timp de cel puţin 24 de ore -dacă se poate întârzia naşterea. Dexametasona ajută la maturizarea pulmonară; o contraindicaţie o constituie infecţia la mamă, (în care caz este necesară o naştere imediată).

Semne Tahipnee (peste 60 de respiraţii pe minut), care se înrăutăţeşte progresiv în orele care urmează naşterii. Efortul respirator este din ce în ce mai mare şi se însoţeşte de bătaia aripilor nasului, înfundarea musculaturii respiratorii şi cianoză. La examenul radiologic se observă un desen granular difuz şi bronhogramă aeriană. În cazul în care simptomatologia este moderată aceste semne dispar după 36 de ore.

Diagnosticul diferenţial se face cu ***tahipneea tranzitorie a nou-născutului*** provocată de un exces de lichid în plămân. Aceasta se rezolvă de obicei în 24 de ore. De asemenea se va considera posibilitatea *inspirării de meconiu* (p.286), pneumonia congenitală (cu streptococ beta-hemolitic), şi fistula traheo-esofagiană (care se însoţeşte de probleme respiratorii după alimentare).

Tratamentul se învaţă la patul copilului. Dacă sarcina a avut o durată mai mică de 28 de săptămâni se va intuba copilul la naştere, iar în cazul în care greutatea este >700g consideră introducerea de surfactant pe tubul endotraheal, ex. pumactant sintetic (100 mg, se repetă la 1 oră şi la 24 de ore, dacă este necesar: monitorizează PaO_2 deoarece necesităţile pot ↓ rapid SAU administrează "poractant" de porc (Curosurf® 100-200 mg/kg ± o a doua doză după 12 ore). Leagănă copilul uşor pentru a permite difuzarea surfactantului în arborele bronşic.

- Înveleşte bine copilul şi introdu-l în incubator.
- Monitorizează gazele din sânge (cu un dispozitiv transcutanat). Încearcă menţinerea PaO_2 la 7-12kPa, încercînd mărirea concentraţiei de O_2 cu ajutorul unei boxe craniene din perspex.
- Dacă se produce o deteriorare a gazelor difuzate în sânge intubează şi ventilează mecanic copilul (p.234), înainte să se instaleze epuizarea.

Începe cu CPAP, de ex 5cmH_2O (p.276). Creşterea $PaCO_2$ indică ori că CPAP este prea mare, ori că este necesară paralizarea muşchilor respiratori şi continuarea ventilaţiei mecanice.

- Ghid de setare a ventilatorului: presiunea de inspiraţie -20 cmH_2O cu 60% oxigen; presiune terminală pozitivă expiratorie -3-5cmH_2O; 20-25 respiraţii/min cu durata inspiraţiei de 1 secundă.
- După conectarea sondei endotraheale verifică dacă mişcările toracelui au o amplitudine corespunzătoare şi sunt simetrice. Ascultă zgomotele respiratorii. Solicită ajutorul unui expert dacă doreşti să faci şi alte modificări.
- Creşte presiunea parţială a oxigenului prin creşterea presiunilor (dar nu prea mult).
- Redu presiunea parţială a bioxidului de carbon prin lungirea perioadei expiratorii, sau prin creşterea frecvenţei respiratorii şi scurtarea timpului inspirator. ▶În cazul în care apare o deteriorare a parametrilor verifică: permeabilitatea tubului, eventualitatea infecţiei, defectarea ventilatorului, apariţia pneumotoraxului.
- Lichide: se evită alimentarea pe cale orală. Administrează 10% dextroză în perfuzie (p.288).

Semne de prognostic negativ: hipertensiune pulmonară persistentă, şunt important dreapta-stânga prin ductus arteriosus.[1]

Dacă, în ciuda tuturor eforturilor hipoxia se înrăutăţeşte, copilul va muri. Explicaţi acest lucru mamei insistând asupra faptului că moartea nu va fi dureroasă. Încurajaţi mama să boteze copilul. Administraţi 115,5 µg/kg/IM de papavaretum cu o concentraţie de 7,7 mg/ml (=0,15ml/kg dintr-o fiolă de 7,7mg diluată cu 9ml apă distilată). Deconectează tubulatura, şi lasă mama să-şi ţină copilul în braţe, ceea ce o va ajuta la alinarea durerii.

---

[1] FJ Walther 1992 *Paediatrics* **90** 899

Boala hemolitică prin incompatibilitate Rh

Fiziologie. Când o mamă Rh-negativă naşte un copil Rh-pozitiv, transferul de sânge fetal la mamă poate stimula producerea de anticorpi IgG anti-D (izoimunizare). În cursul sarcinilor ulterioare aceşti anticorpi pot traversa placenta determinând boala hemolitică prin incompatibilitate Rh *(eritroblastoza fetală)*. Boala va fi din ce în ce mai gravă cu fiecare sarcină Rh-negativă succesivă. Primele sarcini pot fi şi ele afectate din cauza unor treceri de sânge fetal la mamă în următoarele împrejurări: • risc de avort spontan; • traume minore; • amniocenteză; • recoltarea de vilozităţi coriale; • versiune cefalică externă.

Un făt afectat, edematos (cu plămâni rigizi şi edematoşi) se numeşte *hidrops fetalis*. Edemul se produce deoarece ficatul sintetizează eritrocite în detrimentul albuminei, ceea ce determină scăderea presiunii oncotice.

Boala clinică. ▶*Testează toate mamele Rh-negative prin măsurarea titrului anticorpilor anti-D la înregistrarea sarcinii, la 28 şi la 34 de săptămâni de gestaţie.* Un titru anti-D mai mic de 4U/ml (sub 1:16) are foarte puţine şanse să producă o boală severă, dar este bine ca, în astfel de cazuri, să se controleze mama la fiecare 2 săptămâni. Dacă titrul este mai mare de 10 U/ml se va îndruma mama la un centru de referinţă. Poate fi necesară recoltarea de sânge fetal şi efectuarea de transfuzii intraperitoneale sau (prin fetoscopie) de transfuzii intravasculare prin cord. Este de aşteptat ca hemoglobina fetală să scadă la mai puţin de 7g/dl la 10% din cei care au un titru de anticorpi anti-D cuprins între 10 şi 100 unităţi/ml. Circa 75% din titruri sunt peste 100U/ml.[1]

Se vor efectua examene ecografice regulate şi amniocenteză dacă titrul anti-D este mai mare de 4 U/ml. Acestea se vor face cu 10 săptămâni mai devreme decât data la care a avut loc un eveniment legat de Rh în cursul sarcinii precedente. De ex., dacă ultimul copil a fost născut la termen (36 de săptămâni) amniocenteza la sarcina următoare se va efectua la ~26 de săptămâni de sarcină. Feţii care tolerează concentraţii mari de bilirubină pot fi scutiţi de proceduri transfuzionale riscante (mortalitate între 2 şi 30%) dacă se fac determinări în serie de hemoglobină fetală (cu ajutorul fetoscopiei), şi examene ecografice cotidiene în vederea detectării edemului, cardiomegaliei, a pericarditei, hepatosplenomegaliei sau ascitei.

Anticorpii anti-D se întâlnesc cel mai des dar se pot observa astfel de reacţii şi la alte antigene (C, D, E, c, e, Kell, Kidd, Duffy, toţi anticorpii fiind de tip IgG). Uneori concentraţii relativ mici de anticorpi pot da naştere unei boli grave.

Semnele bolii:

- Icter (din ziua 1 sau mai târziu);
- Insuficienţă cardiacă;
- Anemie progresivă, sângerare;
- Vernix de culoare galbenă;
- Hepatosplenomegalie;
- Simptome ale sistemului nervos central;

Teste Scăderea concentraţiei hemoglobinei;
- Test Coombs direct pozitiv;
- Aglutinine anti-Rh prezente;
- Mamă Rh-negativă, copil Rh-pozitiv;
- Titrul anticorpilor anti-Rh la mamă este crescut;
- Bilirubină crescută;
- Reticulocitoză crescută;
- Hipoglicemie.

Exsanguinotransfuzia. *Indicaţii şi tehnică,* vezi p.278. Dacă hemoglobina este < 7 g/dl administrează primul volum din cadrul exsanguinotransfuziei (80 ml/kg) sub formă de masă eritrocitară, schimburile ulterioare fiind măsurate exact în funcţie de răspuns. ▶Copilul va fi ţinut permanent la cald.

Degradarea bilirubinei prin iradiere cu raze ultraviolete (lampă de fototerapie) este suficientă pentru cazurile uşoare. Creşte volumul de apă administrat (30 ml/kg/zi, per os). Evită pierderea de căldură. Protejează ochii.

Icterul nuclear. Vezi p.278.

Administrarea imunoglobulinei anti-D mamelor Rh-negative (dacă au un copil RhD-pozitiv) ▶vezi p.120.

---

1 MJ Whittle 1992 67 65

Enterocolita necrozantă (ECN)

Această afecţiune este caracterizată de distrugerea mucoasei intestinale. În mod tipic survine la sfârşitul primei săptămâni de viaţă la un copil prematur. Circa 1-2% din copiii prematuri internaţi în unităţile speciale sunt afectaţi de această enterocolită. În cazul în care forma este uşoară se elimină prin rect o cantitate mică de mucus cu sânge. În cazurile grave apare distensia abdominală bruscă, sensibilitate abdominală (asociată sau nu cu perforaţie intestinală), stare de şoc, coagulare intravasculară diseminată şi eliminarea mucoasei rectale. Boala poate avea un caracter sporadic sau epidemic. *Tratament:* în cazul unei forme uşoare internează copilul într-o rezervă; recoltează culturi din materiile fecale; întrerupe alimentarea pe cale orală; se fac radiografii abdominale simple în picioare şi în decubit pentru a identifica anse intestinale edematoase care conţin gaze intramural. Dacă boala este gravă pregăteşte sânge izogrup, administrează metronidazol - 7mg/kg/12 h, IV, asociat cu penicilină şi netilmicin (p.280). Repetă examenele radiologice şi măsoară circumferinţa abdominală în mod repetat. Ia legătura cu chirurgul. Indicaţii pentru laparotomie: distensia progresivă şi perforaţia.

Aspiraţia de meconiu

Doar aspiraţia meconiului gros are importanţă clinică, deoarece provoacă penumonie de aspiraţie. La naştere se aspiră faringele şi traheea cu ajutorul unui laringoscop. Intubează traheea cu cel mai gros tub suportabil. Se fac 2-3 intubaţii aspirându-se de fiecare dată o cantitate cât mai mare de meconiu. Obstetricianul poate încerca comprimarea toracelui înainte de a transfera copilul pediatrului, minimalizînd în acest fel efortul inspirator până când căile rspiratorii sunt dezobstruate (deşi aceasta nu opreşte efortul diafragmatic al copilului). Poate fi necesară ventilarea mecanică cu CPAP sau IMV (p.274-6). Încearcă PEEP de 6cm H_2O şi un timp inspirator de 0,5-0,75s. Administrează penicilină + netilmicin (p.280).

Nou-născutul cu hemoragie

Tulburările hemoragice ale nou-născutului (sângerarea prin deficit de vitamina K) survin în perioada imediat post-natală (zilele 2-7) şi se datorează lipsei de vitamină K (absenţa florei bacteriene intestinale, tratament medicamentos al mamei cu substanţe anti-convulsivante). Copilul este în general normal, dar prezintă hematoame şi sângerări inexplicabile. Timpul de protrombină şi timpul parţial de tromboplastină sunt prelungite, plachetele sunt normale. Pentru *prevenirea* acestui accident se va administra vitamina K - 500µg per os, *tuturor* nou-născuţilor în primele 24 de ore după naştere. Ulterior regimul variază. Cercetează indicaţiile locale pentru a vedea dacă se foloseşte forma micelară a preparatului - care se absoarbe uşor, şi nu forma cremoforă (despre care se crede că nu poate preveni sângerările).[1] [2] [3] 🖫 Calea parenterală nu este recomandabilă din cauza presupunerii (neconfirmată) că ar putea favoriza dezvoltarea ulterioară a neoplaziilor[1]. Laptele utilizat pentru hrănirea artificială a nou-născuţilor conţine vitamină K. *Tratamentul* cazurilor în care sunt prezente sângerări active va consta în administrarea de plasmă (10 ml/kg, IV) şi vitamina K.

Coagularea intravasculară diseminată. Copilul este de obicei bolnav (adesea având o infecţie) şi poate prezenta peteşii, sângerare la locurile puncţiilor venoase şi sângerare gastrointestinală. Numărul plachetelor este scăzut, iar produşii de degradare ai fibrinei sunt crescuţi. Timpul parţial de tromboplastină este prelungit, iar pe frotiul de sânge se văd schistocite (eritrocite fragmentate).

Tratamenul coagulării intravasculare diseminate se va adresa în primul rând cauzei (infecţie). Se va administra şi vitamina K -1 mg, IV. Se fac transfuzii de plachete pentru a menţine numărul acestora peste valoarea de 30×10^9/l. Se înlocuiesc factorii de coagulare pierduţi prin administrarea de plasmă proaspătă (10 ml/kg în perfuzie). Dacă sângerarea continuă se va lua în considerare posibilitatea unei exsanguino-transfuzii.

Trombocitopenia imună. Timpul parţial de tromboplastină & INR sunt normale. Plachetele sunt ↓.

---

[1] R von Kries1994 *Lancet* **343** 352

[2] Brit Paed Ass 1993 *Drug Ther Bul* **31** 80

[3] G Draper 1994 BMJ i 867

Alimentarea enterală şi parenterală

Alimentarea enterală. *Indicaţii:* orice copil care este prea bolnav, sau prea mic pentru a se alimenta normal (de ex. în cazul sindromului de insuficienţă respiratorie). Se realizează cel mai bine prin infuzarea continuă a laptelui mamei printr-un tub de silastic naso-jejunal (cu risc minim de aspiraţie). După ce a ajuns în stomac tubul trece în intestin prin peristaltism. Se confirmă radiologic poziţia tubului. Alte tipuri de lapte: de vacă cu adaosuri de grăsimi şi minerale (Cow & Gate Plus®, New Ostermilk Two®; lapte de vacă degresat completat cu grăsimi şi minerale (ex. SMA®); lapte de vacă degresat cu conţinut scăzut de zer (ex. SMA Gold Cap®), la care raportul caseină zer este similar celui din laptele uman. Volumul care trebuie administrat la nou-născuţi este de 150ml/kg/zi. Laptele matern este probabil cel mai potrivit aliment şi pentru prematuri, dar va trebui să i se adauge vitamina D- 1000 µg/zi şi vitamina K - 2-3 µg/zi şi un supliment de fosfat dacă fosfatul plasmatic este mai mic de 1,5 mmol/l.[1]

Indicaţii pentru alimentarea intravenoasă. • După intervenţii chirurgicale, traumatisme şi arsuri. ○ Când nutriţia pe cale orală este deficitară • copii bolnavi, cu greutate mică) (În enterocolita necrozantă (când intestinul trebuie lăsat să se refacă).

Nutriţia parenterală. Schemă cotidiană. ▶Toate valorile sunt date în kg/zi.

			PROTEINE	GLUCIDE		GRĂSIMI	ELECTROLIŢI		LICHIDE
Tip de copil	*Zi de NP*	*Vârsta zile*	*Vamin[1]® (ml)*	*ml 5%*	*dextroză 20%[2]*	*Intralipide 10% (ml)*	*mmoli Na*	*mmoli K*	*NP Vol(ml) nevoi totale[3]*
Nou-	1	3	7	–	36	10	2,7	2,4	53/90
născuţi	1	4&5	7	60	22	10	2,7	2,4	99/120
şi	1	≥6	7	120	6	10	2,7	2,4	143/150
sub-		2	4&5	10	20	4010	2,5	2,3	80/150
ponderali	2	≥6	10	80	25	10	2,5	2,3	125/150
	3	5	14	–	43	20	2,3	2,2	77/150
	3	≥6	14	60	28	20	2,3	2,2	108/150
	4	≥6	21	20	44	20	2,0	2,1	105/150
	5	>6	28	–	56	30	1,6	1,9	114/150
	M	>6	35	–	52-62	35	1,25	1,8	≥122/150
Sugari	1		7	120	6	10	2,7	2,4	143/*
>1 lună	2		14	80	23	10	2,3	2,2	127/*
şi <10 kg	3		21	20	44	20	2,0	2,1	105/*
	M		35	–	52	30	1,25	1,8	117/*
10-30 kg	1&2		14	–	15	15	2,0	2,0	44/*
	M		28	–	21-26	20-30	1.5	1,5	69-84/*
> 30 kg	1&2		14	12	–	10	2,0	2,0	36/*
	M		21	–	4-30	20-25	1,5	1,5	45-76/*

M = întreţinere ; * vezi p.292 pentru necesarul de lichide; **1.** Vamin® cu 10% glucoză. **2.** Dacă se foloseşte dextroză 10% se va dubla volumul. Sunt necesare ambele soluţii de dextroză. **3.** Acesta este volumul total de lichide necesar (60 şi 75 ml/kg pentru zilele 1 şi 2). Calciul şi alte elemente sunt administrate sugarilor sub formă de Ped-el® (4ml/kg/zi, dacă funcţia renală este bună).

Vitamine: Solvito N® - se adaugă 0,5ml/kg/zi la Vamin ® (a se proteja de lumină). Se vor da vitaminele A, D, şi K sub formă de Vitlipid N Infant® - 1ml/kg/zi (≤4ml/zi) adăugat la Intralipid®. ▶Aceste valori constituie doar un îndrumar. Necesităţile individuale variază foarte mult. Solicitaţi opinia unui expert.

Sterilitatea este vitală. Trebuie să fii pregătit să foloseşti boxe cu flux laminar. Administrarea soluţiilor se va face într-o venă centrală.

Se vor efectua **controale la intervale regulate.** *Zilnic* verifică greutatea; echilibrul hidric; ureea & electroliţii; glicemia; calciul. Turbiditatea plasmatică indică o cantitate prea mare de Intralipid.® Cu începere din prima săptămână verifică la fiecare 48 de ore urina, electroliţii şi osmolaritatea. Caută prezenţa glucozei în urină. Schimbă seturile de perfuzie intravenoasă şi filtrele. Fă culturi bacteriene de pe filtre şi din soluţiile de Vamin® şi Intralipid.®

În fiecare săptămână măsoară circumferinţa capului, pliul cutanat, magneziul, fosforul, fosfataza alcalină, lipidele, şi fă hemoleucograma. Caută semne de infecţie (p.280).

Complicaţiile alimentării intravenoase. Infecţie; acidoză; dezechilibru metabolic. Dacă fosfatul plasmatic scade, se va administra fosfat (0,25-0,5 mmol/kg/zi) sub formă de sare de potasiu. Se va amesteca cu dextroză, dar nu cu Vamin® sau cu soluţii care conţin elemente rare.

Întreruperea alimentării parenterale se va face treptat pentru a preveni hipoglicemia.

---

1 B Wharton 1987 *Nutrition and feeding of Preterm Infants*, Blackwell

▶▶Copilul bolnav şi febril

Trebuie puse două întrebări distincte: *cât de grave sunt simptomele?* şi *Cât de corespunzător este răspunsul copilului la boală?* Simptomul poate fi sever (diaree extremă) fără să aibă gravitate biologică (dacă sugarul este vioi, dacă bea şi udă multe scutece şi dacă se comportă normal), dar orice simptom, oricât de modest ar fi el în aparenţă, trebuie să declanşeze un semnal de alarmă dacă:[1 2]

- În ultima zi copilul nu a primit decât mai puţin de jumătate din hrana normală;
- Copilul prezintă dificultăţi de respiraţie sau geme continuu;
- A prezentat paloare, cianoză şi temperatură;
- Este anormal de liniştit, somnolent, are semne de deshidratare;
- În ultimele 24 de ore a udat mai puţin de 4 scutece;
- Diareea este sanguinolentă.

Pentru a recunoaşte o boală gravă şi pentru tratamentul muribunzilor, ▶vezi p.198.

Cele de mai sus au o importanţă deosebită în cazul în care există un grad de insuficienţă imunitară (nou-născut; după rujeolă; SIDA; fibroză chistică; leucemie; chemoterapie pentru afecţiuni maligne; lipsa splinei; disfuncţii ale celulelor B/T).

Febră. Cea mai obişnuită situaţie de urgenţă în pediatrie este febra. De cele mai multe ori cauza este o infecţie virală, otită medie sau faringită/amigdalită (p.632) şi prognosticul este bun. În astfel de situaţii febra are chiar *efecte benefice* (stimulează migrarea neutrofilelor şi secreţia de substanţe antibacteriene, creşte producţia şi activitatea interferonului, creşte proliferarea de celule T)[1]. Problema este de a identifica acei copii care suferă de o infecţie bacteriană gravă, şi care au nevoie de tratament imediat.

Bacteriemia survine la mai puţin de 4% din copiii febrili, uneori fără să existe un focar evident de infecţie. Acest lucru este observat adesea la copii între 3 şi 24 de luni, cu temperatură de 40°C (sau mai mare) şi cu un număr de leucocite mai mare de 15×10^9/l (dar, în cazul în care se vor lua în consideraţie exclusiv aceste criterii, peste 50% din cazuri nu ar fi identificate). O viteză de sedimentare a eritrocitelor mai mare de 30 mm/oră şi o proteină C-reactivă crescută pot de asemenea să indice existenţa unei infecţii bacteriene cu organisme ca *S.pneumoniae, H.influenzae, N.meningitidis*. Dacă se începe un tratament "orb" cu antibiotice (de ex. în cazul în care copilul se prezintă în stare de şoc) antibioticele administrate trebuie să acopere cel puţin aceste organisme (p.302 şi 304). Astfel de preparate sunt, de ex., cefotaxim - 50-60mg/kg/8 ore, IV, în 20 min) sau ceftriaxon - 80mg/kg/zi în perfuzie intravenoasă, în 30 minute, până la 4 g/zi).

Descoperirea unui focar de infecţie presupune stabilirea unui istoric şi un examen complet, precum şi un examen radiologic - dacă este vorba de un copil cu adevărat bolnav (aşa cum se descrie mai înainte). În cazul în care copilul este într-o stare rea, dar nu se poate pune în evidenţă un focar de infecţie este poate mai bine să nu se administreze antibiotice, ci să se reexamineze copilul după o oră. Aşteptarea nu este cel mai uşor rol, şi aceasta depinde în foarte mare măsură de prezenţa unor asistente competente, în ale cărei opinii se poate avea încredere. Cu toate acestea rezultatele pot fi foarte bune. De exemplu, dacă apare o erupţie, sau diaree, vei şti că boala este observată pe măsură ce se desfăşoară, şi că nu reprezintă un efect secundar al antibioticului.

Encefalita (este mai rară decât septicemia). Este caracterizată de înceţoşarea stării de conştienţă, comportament bizar şi, uneori, de convulsii. Febra şi semnele de iritaţie meningeală sugerează o cauză infecţioasă. Consideră infecţia cu herpes simplex (pentru tratamentul cu aciclovir, vezi p.298), parotidită, rubeolă, gripă, rujeolă, infecţii cu micoplasme, rickettsii şi toxoplasmoză (MMC p.214). Notă: atenţie la cauzele non-infecţioase (encefalopatie, icter nuclear - p.278, insuficienţă hepatică - sindromul Reye, intoxicaţia cu plumb).

▶Infecţiile urinare se prezintă adesea cu febră; recomandă o urocultură (p.218).

▶În cazurile în care copilul a locuit într-o regiune endemică pentru malarie (sau chiar dacă a tranzitat o astfel de regiune) consideră şi posibilitatea malariei. Nu aştepta să vezi cum se desfăşoară boala, ci efectuează imediat un examen în picătură groasă şi solicită părerea unui expert.

În cazurile de febră prelungită consideră posibilitatea unei endocardite, a unei boli maligne sau a bolii Still (p.849).

1 MJ Kluger 1992 *Paediatrics* 90 846   2 P Hewson 1990 *Arch Dis Chi* 65 750

Regimuri alimentare lichide^APLS

În cazul în care este tolerată, se va folosi întotdeauna rehidratarea pe cale orală. Se pot utiliza produse ca Rehidrat® - care conţine glucoză, sodiu şi potasiu. Explică mamei cum se prepară (apa este ingredientul vital!). În cazul în care copilul este alăptat la sân, continuă această alimentare.

Apă, Na şi K. Necesar de întreţinere zilnic. (Na şi K în mmol/kg/zi)[1]

Vârstă	*Greutate*	*Apă (ml/kg/zi)*	*Na^+*	*K^+*
<0.5 an	< 5 kg	150	3	3
0.5-1 an	5-10 kg	120	2,5	2,5
1-3 ani	10 - 15 kg	100	2,5	2,5
3-5 ani	15-20 kg	80	2	2
> 5 ani	>20 kg	45-75	1,5-2	1,5-2

Foloseşte o soluţie de dextroză în ser fiziologic pentru acoperirea acestor nevoi (clorură de sodiu 0,18% şi dextroză 4% - conţine puţine calorii dar previne cetoza). Trebuie acoperite pierderile anterioare şi de asemenea trebuie să se asigure şi acoperirea tururor pierderilor care continuă. Graficele sigure, care să reprezinte echilibrul de intrare şi ieşire a lichidelor, sunt un element esenţial.

Calcularea deficitelor preexistente. Deficitul de lichid preexistent este egal cu procentul de deshidratare × greutatea × 10 - exprimat în general sub formă de soluţie salină 0,45% în 24 de ore (de ex. 750 ml pentru un copil cu o greutate de 10 kg care este deshidratat în proporţie de 7,5%). Se adaugă potasiu (20 mmol/500 ml) după ce s-a reluat diureza.

Estimarea gradului de deshidratare. *Deshidratarea poate fi:* • Moderată - scăderea debitului urinar; • 5% - uscarea membranelor mucoase, scăderea debitului urinar; • 10% - cele de mai sus + fontanelele deprimate (dar plânsul face să crească presiunea intracraniană), scăderea presiunii intraoculare (dificil de estimat la copii mici), tahicardie; • peste 10% - severitatea simptomelor de mai sus creşte şi apar: şocul, somnolenţă, hipotensiune. În cazul în care se cunoaşte greutatea recentă aceasta va fi utilă pentru estimarea gradului de deshidratare.

Administrarea IV de lichide în primele 24 h în deshidratarea moderată. Se asigură nevoile de întreţinere (vezi mai sus) şi se începe administrarea de lichide pe cale orală când acest lucru devine posibil.

Administrarea IV de lichide în primele 24 h în deshidratarea 5-10%. (Administrează cantitatea de apă necesară -conform tabelului de mai sus, + cantitatea necesară pentru acoperirea deficitului. Menţine o rată de infuzie mai mică de 25 ml/kg/oră. • Măsoară şi înlocuieşte cantităţile pierdute (de ex. prin intestin); • Se fac determinări urinare şi de electroliţi la internare, apoi se repetă la 2, 12 şi 24 de ore. De asemenea determină hematocritul.

▶▶Administrarea IV de lichide în primele 24 h în deshidratarea mai mare de 10%. • Dacă nu se poate găsi o venă accesibilă se va denuda una -solicită de urgenţă asistenţă chirurgicală; • Se administrează urgent soluţie salină (la nevoie plasmă) cu un ritm de 25 ml/kg/oră -în acest timp calculează pierderile. Urmăreşte permanent pulsul, presiunea sanguină şi ECG; • Continuă administrarea până când începe să crească presiunea sanguină, se simte pulsul, şi urina începe să curgă (prin cateter); • Administrează cantităţile necesare zilnic şi acoperă deficitul de lichide (conform schemei de mai sus). Pierderile curente sunt acoperite cu soluţie salină 0,18% sau 0,45% -în funcţie de tipul de deshidratare; • Măsoară creatinina şi osmolaritatea plasmei şi a urinei (p.332) şi bicarbonatul plasmatic. De obicei acidoza metabolică se autocorectează.

Indicaţii pentru a reuşi tratamentul deshidratării. **1.** Stai la patul copilului şi foloseşte datele clinice şi cele biochimice pentru a adapta terapia intravenoasă; **2.** Se adoptă o atitudine simplă; **3.** Caută să identifici pierderile ascunse (edem, ascită, stază gastro-intestinală); **4.** Măsoară frecvent ureea şi electroliţii plasmatici precum şi electroliţii urinari.

Deshidratarea cu hipernatremie.[2] Este caracterizată de o pierdere mai mare de apă decât de sodiu -din cauza unei alimentări greşite. Rezultatul este deshidratarea intracelulară care poate fi sau nu asociată cu convulsii, tromboze ale SNC. Rehidratarea se va face lent, folosind soluţie salină 0,45% (se înlocuieşte deficitul într-un interval de 48 de ore, reducând sodiul cu <12 mmol/l/24h şi administrând doar 60% din volumul de întreţinere) pentru a se evita edemul cerebral (p.298). Principalul pericol îl reprezintă rehidratarea prea rapidă. Hiperglicemia este un simptom frecvent, dar se autocorectează.

---

1 APLS group 1993 *Advanced Paediatric Life Support* BMA 2 R Jones 1989 *Prescribers' J* **29** 183

Tratamentul general al intoxicaţiilor

- Încearcă să afli numele şi cantitatea de substanţă ingerată. Adesea numărul de tablete este menţionat pe flacon. De asemenea este posibil ca farmacia care a vândut produsul să aibă o înregistrare, şi ar putea eventual să identifice tabletele nemarcate.
- Când a fost ingerată substanţa toxică; pacientul a vomitat de la ingerarea ei?

În cazul în care copilul este în *stare de comă* se solicită serviciile unui expert. Se va proceda după cum urmează:

- Se *aşează copilul în semi-decubit.* Notează dimensiunea pupilei;
- Caută să ai la îndemână: o *sursă de oxigen*, un *laringoscop, dispozitiv de aspiraţie* şi *tub endotraheal;*
- Determină de urgenţă *glicemia.* La nevoie se tratează hipoglicemia (p.308);
- În caz de insuficienţă respiratorie (se vor măsura gazele din sânge) cere ajutorul unui expert. Se intubează şi se ventilează pacientul. Se tratează starea de şoc (cu plasmă). Atenţie: presiunea sistolică medie în mmHg (± 1 DS) este de 85 la naştere, de 95 la 1 an, de 100 la 4 ani, şi de 110 la 10 ani;
- Înregistrează nivelul de conştienţă folosind Scara Glasgow de evaluare a stării de comă (p.768). Dacă este vorba de un copil mai mic de 4 ani vezi p.300. Se notează timpul;
- În cazul în care se presupune o intoxicaţie cu o substanţă narcotică administrează *naloxon* -10 µg/kg, IV, apoi 100 µg/kg la fiecare câteva minute dacă nu se obţine nici un răspuns. Se poate administra şi subcutanat sau intramuscular dar răspunsul este mai lent;
- Se trimite sânge şi urină pentru *examen de laborator* (testare de medicamente, şi pentru alcoolemie, dacă este cazul). Se administrează dextroză 10% IV deoarece riscul major îl constituie hipoglicemia;
- Se face spălătură gastrică (după intubarea traheei) în cazul în care toxicul a fost ingerat recent, sau dacă se bănuieşte că s-au ingerat salicilaţi. Copilul va fi poziţionat cu capul mai jos decât trunchiul. Lungimea necesară a tubului oro-gastric se va evalua pe baza distanţei de la gură la ureche, apoi la xifoid. Se introduce tubul şi se păstrează primul aspirat pentru analiză. Se foloseşte gravitatea pentru a face să curgă 50 ml de soluţie 1,4% de bicarbonat de sodiu în stomac. Se aspiră după câteva minute şi se repetă operaţia de circa 10 ori. Nu se va face spălătură gastrică dacă s-au ingerat produse petroliere sau corosive;
- Controlează frecvent presiunea sanguină, TPR, diureza şi glicemia.

Copilul vioi. Este uzual ca, în prezenţa unui copil în stare de veghe să se inducă vomismente cu ipeca (10-15 ml amestecată cu 200 ml suc), dar valoarea acestei proceduri este nesigură. Cu toate acestea, cărbunele activat poate să reducă absorbţia substanţei toxice (p.296).

Unele toxice specifice. Pentru aspirină şi paracetamol, vezi p.296.

- Intoxicaţia cu atropină provoacă dilatarea pupilelor, uscăciunea mucoasei bucale şi a pielii, tahicardie şi agitaţie. Dacă copilul a ingerat Lomotil (atropină asociată cu difenoxilat) pupilele pot fi miotice.
- Intoxicaţia cu fier este uşoară dacă s-au ingerat mai puţin de 50 mg/kg de fier elementar. O tabletă de 200 mg de sulfat feros conţine 60 mg de fier. După vomismente se va da o cantitate de 60 ml de lapte. Dacă s-a ingerat mai mult de 50 mg de fier/kg se va măsura de urgenţă concentraţia de fier în cheag. Dacă aceasta depăşeşte 90 µmoli/l se administrează desferoxamină (Desferal) - 15 mg/kg/oră, în perfuzie iv până la un total de 80mg/kg/24 ore. După spălătura gastrică se lasă în stomac o cantitate de 5 g de desferoxamină în 50 ml apă. Atenţie la hipotensiune.
- Intoxicaţia cu agenţi triciclici este adesea fatală (cu convulsii, comă, cianoză şi aritmie) dacă s-au ingerat mai mult de 10 mg/kg de substanţă (de ex, amitriptilină).
- Parafină şi produse petroliere (kerosen, benzină). ▶Evită spălătura gastrică şi substanţele emetice. Inhalarea acestor produse poate determina colaps pulmonar şi consolidarea ţesutului respirator. Se va face un examen radiologic. Complicaţiile pulmonare pot surveni cu o întârziere de 12 ore.

▶Ia urgent legătura cu un serviciu de toxicologie.[1]

---

[1] eg in UK , Edinburgh, tel 0131 229 2477

Intoxicaţia cu salicilat

Majoritatea copiilor suportă ingestia a 100 mg/kg de aspirină şi dacă nu sunt îndoieli asupra faptului că s-a înghiţit doar o cantitate mai mică (de 100 mg/kg), iar copilul se simte bine, nu este necesară internarea. Copiii care înghit o cantitate mai mare de aspirină pot prezenta mişcări respiratorii ample care duc la alcaloză respiratorie, care însă este un simptom precoce ce precedă instalarea acidozei metabolice, foarte periculoase.

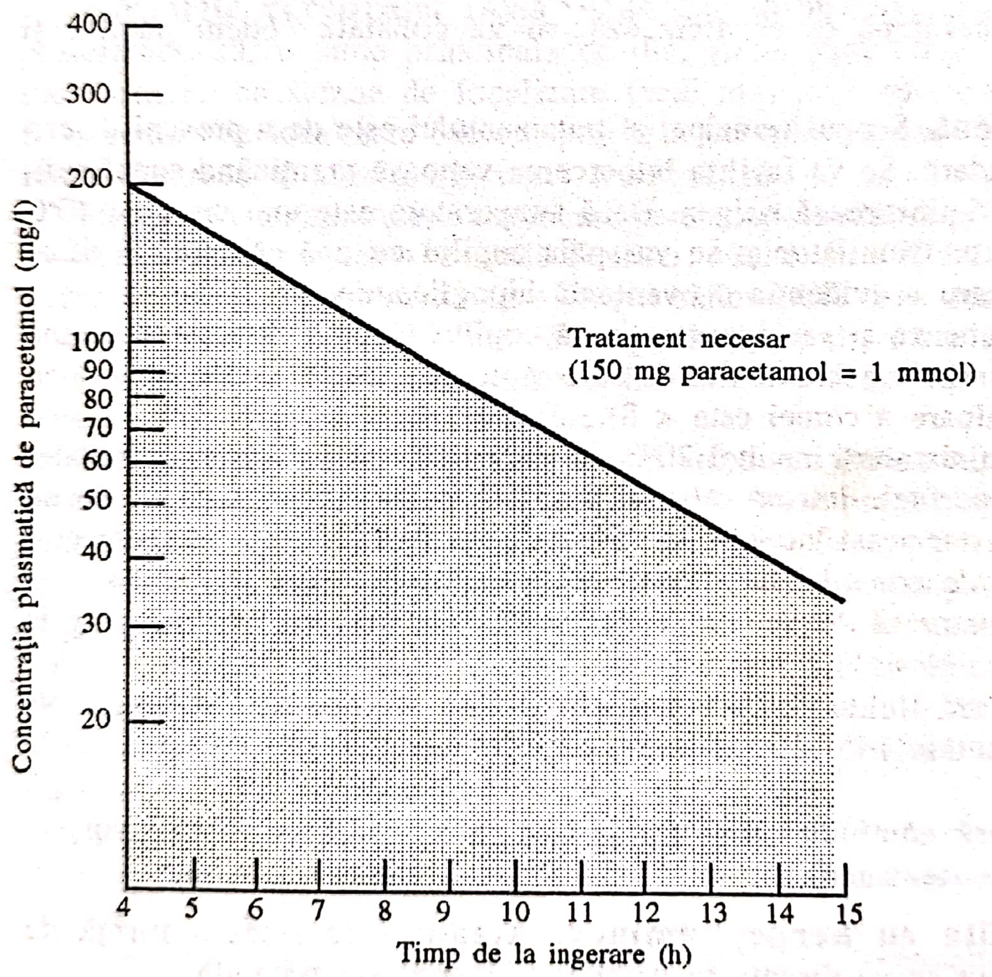
Dacă pacientul este inconştient, primul lucru care trebuie făcut este să-l aşezi în semi-decubit şi să-i faci o determinare rapidă a glicemiei, pentru a putea corecta o eventuală hipoglicemie. Se protejează calea respiratorie prin introducerea unui tub endotraheal şi se procedează la o spălătură gastrică (p.294), chiar dacă au trecut 24 de ore de la ingestia substanţei. Se face o determinare de urgenţă a salicilatului din plasmă, a gazelor solvite în sânge, ureei şi electroliţilor, şi a bicarbonatului.

O intoxicaţie importantă este indicată de un nivel al salicilatului în plasmă mai mare de 2,2mmoli/l. În acest caz, se va încerca producerea unei diureze alcaline (sub supravegherea unui expert deoarece comportă o morbiditate semnificativă), sau administrarea de cărbune activat -o modalitate mult mai sigură de a mări eliminarea de salicilat. Cu toate acestea, cărbunele activat este greu de înghiţit -iar copiii vomită după ce au ingerat salicilat aşa că se recomandă administrarea cărbunelui printr-un tub naso-gastric. Un regim adecvat de administrare este de 50 g cărbune la internare, sau după spălătură gastrică, urmat de câte 25g la fiecare 4 ore până la recuperare sau până când nivelul plasmatic al salicilatului a atins valori lipsite de risc.[2] Doza de cărbune este mai curând determinată de cantitatea de salicilat înghiţită decât de dimensiunile copilului, deşi cantitatea de lichid cu care trebuie amestecat cărbunele trebuie redusă dacă este vorba de un copil mai mic.

O alternativă este alcalinizarea urinară (în ITU, cu bolusuri mici de bicarbonat de sodiu 1,2% administrat intravenos; se introduce un cateter urinar şi se determină pH-ul urinar la fiecare 15 min, urmărindu-se atingerea unui pH de 8). Dacă nici una din aceste măsuri nu este practicabilă se va încerca hemodializă sau hemoperfuzie cu cărbune, în special dacă nivelul salicilatului plasmatic este foarte ridicat (de ex. mai mare de 7,2 mmol/l). Se va solicita ajutorul unui expert.

Intoxicaţia cu paracetamol

Dacă se ingeră o cantitate mai mare sau egală cu 150mg/kg există riscul unei hepato-toxicităţi grave. Simptomele iniţiale sunt greaţă şi paloare. După mai mult de 48h apare icterul însoţit de mărirea ficatului care este sensibil. Alte simptome includ: hipotensiune, aritmie, agitaţie, delir şi comă. Se administrează N-acetilcisteină în cazul în care nivelul paracetamolului plasmatic este mai mare decât linia dreaptă din graficul alăturat. Proba de sânge se va recolta după 24h de la ingestia paracetamolului. Doza iniţială este de 150mg/kg dizolvată în maximum 200ml de dextroză 5% (cantitatea depinde de dimensiunile copilului) şi administrată în perfuzie într-un interval de 30 de minute. Aceasta va fi urmată de o doză de 50 mg/kg care se va administra tot prin perfuzie în cele 4 ore următoare şi de încă 100 mg/kg (tot intravenos) în următoarele 16 ore. Acest tratament este foarte eficace pentru prevenirea leziunilor hepatice, dar numai dacă se administrează în mai puţin de 8 ore de la ingestia paracetamolului. În cazul în care copilul se prezintă târziu, solicită ajutorul unui expert. Verifică frecvent glicemia (risc de hipoglicemie).



Grafic pentru a stabili în ce caz se va folosi N-acetilcisteină. Notă: o tabletă de paracetamol = 500 mg. 150 mg = 1 mmol de paracetamol.

1 *Lancet* Ed 1987 ii 1013

2 Reproduced, with permission, from J Vale & T Meredith *Concise Guide to the Management of Poisoining*, 3ed, 1985, Churchill Livingstone

▶▶Presiunea intracraniană crescută (hipertensiunea intracraniană)APLS

Cauze: meningoencefalită, traumatisme craniene, hemoragie subdurală sau extra-durală, hipoxie (de ex. înec) -toate pot să determine o creştere bruscă a presiunii intracraniene care să pună în pericol viaţa pacientului. În cazul tumorilor intracraniene, creşterea presiunii este mai lentă.

Mod de prezentare: stare de nelinişte, iritabilitate, dureri de cap, diplopie şi somnolenţă. Copilul poate să vomite iar fontanelele sunt sub tensiune. Nivelul răspunsurilor la stimuli este diminuat -se va evalua cu ajutorul scalei de comă pentru copii sub 4 ani (alăturată), sau cu scala Glasgow (p.768), dacă are mai mult de 4 ani. Copilul prezintă modificări pupilare (midriază ipsilaterală), reflex Cushing (creşterea presiunii arteriale şi scăderea frecvenţei pulsului), respiraţie intermitentă. Dacă hipertensiunea intracraniană se cronicizează, se va constata edem papilar şi hidrocefalie.

Tratament. Scopul principal al tratamentului este de a preveni deteriorarea secundară. Se va facilita întoarcerea venoasă menţinând capul ridicat la 20°. Administrează oxigen. Dacă temperatura este mai mare de 40°C se va folosi un ventilator şi se va spăla copilul cu apă călduţă. Verifică glicemia pentru a evidenţia o eventuală hipoglicemie.

- Se intubează şi se hiperventilează copilul (scopul este să se obţină o presiune parţială a bioxidului de carbon de 28 mmHg - dacă treapta pe scala de evaluare a comei este < 8).
- Se administrează manitol 20% (se va verifica să fie lipsit de cristale) - 7ml/kg în perfuzie într-un interval de 30 de minute dacă sunt semne de deteriorare - dar acest lucru se va discuta în prealabil cu un neurochirurg.
- În caz de convulsii administrează anticonvulsivante (p.312-14).
- Administrează dexametason -0,1 mg/kg IV stat, apoi 0,05 mg/kg la 6 ore, IV.
- Limitează fluidele şi diureza dar fără să se modifice volemia (Na va fi menţinut la 145- 150 mmol/l, osmolaritatea la 300-310 şi CVP la 2-5 cmH_2O).
- Măsoară continuu pulsul şi presiunea arterială (verifică manşeta aparatului de tensiune).

Encefalita cu herpes simplex. Aceasta este singura formă de encefalită care se va discuta în detaliu deoarece este tratabilă.

▶*Gândeşte-te la acest diagnostic în faţa oricărui copil cu febră şi convulsii focale, sau cu semne neurologice focalizate, asociate cu o deteriorare continuă a stării de conştienţă.*[1] Adesea pacienţii se prezintă cu semne subtile, sau nespecifice. Leziunile herpetice nazo-labiale sunt adesea absente. Deficitul neurologic poate fi moderat sau grav (hemipareză). Pot surveni convulsii focale sau generalizate. Tomografia computerizată şi examenul LCR dau frecvent rezultate nespecifice (în afară de cazul în care se poate face PolimeraseChainReaction). MRI este mai bună.^{2} EEG poate arăta modificări focale şi complexe periodice. Anticorpii anti-herpes simplex sunt sintetizaţi prea târziu pentru a constitui o indicaţie de tratament. Biopsia cerebrală permite stabilirea diagnosticului, dar este o procedură prea invazivă. De aceea, probabil cel mai bine este să începi tratamentul cu aciclovir de îndată ce suspectezi acest diagnostic. Administrează 5-10mg/kg/8h prin perfuzie IV în curs de 1 oră (250-500mg/metru pătrat de suprafaţă corporală). Verifică ureea şi electroliţii precum şi debitul urinar, ajustând doza în funcţie de aceşti parametri (vezi fişa medicamentului).

Tumorile cerebrale. Două treimi din acestea se dezvoltă în fosa posterioară. Elementele principale de diagnostic sunt creşterea presiunii intracraniene cu semne de focalizare (vezi mai jos), asociate sau nu cu false semne de localizare (de ex. paralizia nervului cranian VI din cauza lungului traseu al acestuia în cutia craniană).🖫

Meduloblastomul. Această tumoare cerebelară mediană îşi are originea în vermis. Produce ataxia truncală şi căderi subite. În 75% din cazuri este vorba de băieţi. Diseminează de-a lungul căilor LCR. Este radio-sensibilă.

Astrocitomul de trunchi cerebral produce paralizii ale nervilor cranieni, semne piramidale (hemipareză), ataxie cerebelară. Semnele de hipertensiune intracraniană sunt rare.

Tumorile din creierul mijlociu şi din cel de-al treilea ventricul pot fi astrocitoame, pinealoame sau chisturi coloide (care produc somnolenţă în funcţie de postură). Simptomele sunt: modificări de comportament (care apar precoce), semne piramidale şi cerebelare, defecte ale mişcărilor oculare.

Glioamele supra-selare se însoţesc de defecte de câmp vizual, atrofie optică, tulburări hipofizare (oprire din creştere, hipotiroidism, pubertat întârziată), diabet insipid. Acest diabet insipid cranial este provocat de scăderea ADH asociată cu poliurie şi osmolaritate redusă a urinii (permanent sub 800 mosmoli/l), în ciuda deshidratării.

Emisferele cerebrale sunt şi ele sediul tumorilor, de obicei glioame. Meningioamele sunt rare. Primele simptome pot fi convulsiile. Semnele depind de lobul implicat (p.460).

Explorări: EEG, radiografie craniană, CT-scan, rezonanţă magnetică nucleară.

Opţiuni terapeutice: excizie, şunt LCR, radio- şi chemoterapie.

Alte leziuni expansive intracraniene. Anevrisme, hematoame, granuloame, tuberculoame, chisturi (cisticercoză), ▶abcese (se va suspecta un abces de câte ori coexistă semne de hipertensiune intracraniană, febră şi leucocitoză - necesită urgent consultaţie de specialitate.

Alte cauze de cefalee: infecţii virale, meningită, sinuzită (atenţie! sinusul frontal nu se dezvoltă înainte de 10 ani), hipertensiune (se va măsura totdeauna presiunea arterială), migrenă (MMC p.416 - dar se internează dacă prezintă hemiplegie).

Simptome care necesită evaluare ulterioară:[1] cefalee cu severitate şi frecvenţă crescândă. • Vârsta peste 6 ani. • Cefalee care nu este atenuată de paracetamol.

• Iritabilitate, pierderea interesului şi a deprinderilor. • Încetinirea dezvoltării cognitive şi fizice. • Circumferinţa craniană mai mare de 97% sau cu mult peste limitele normale.

[1] JM Hockaday 1990 Arch Dis Chi 65 1174
[2] RP Murphy 1994 Prescrib J 34 12

Scala de evaluare a comei pentru copii sub 4 ani[APLS]

Cel mai bun răspuns motor - are 6 grade:

6 Efectuează ordinul dat (ascultă comanda): copilul se mişcă spontan sau la cerere;

5 Răspuns localizat la durere: se aplică o presiune moderată pe patul ungheal cu un creion, apoi se încearcă aplicarea unui stimul asemănător în zona supraorbitală şi în cea sternală. Mişcări executate cu scopul de a modifica stimulul dureros constituie un răspuns localizat;

4 Retragere la durere: trage membrul pentru a-l îndepărta de durere;

3 Răspunsul flexor la durere: presiunea pe patul ungheal determină o flectare anormală a membrelor - postură decorticată;

2 Postură extensoare la durere: stimulul determină extensia membrului (adducţie, rotaţie internă a umărului, pronaţie a antebraţului) - postură decerebrată;

1 Absenţa răspunsului la durere

Notă: se va înregistra cel mai bun răspuns al oricărui membru.

Cel mai bun răspuns verbal este evaluat în 5 grade:

5 Copilul este orientat: zîmbeşte, este orientat la sunete, fixează şi urmăreşte obiectele;

Plânsul:	*Interacţiune:*
4 Poate fi calmat	Necorespunzătoare
3 Poate fi calmat parţial	Gemete
2 Nu poate fi calmat	Iritabilitate
1 Nu răspunde	Absenţa răspunsului

Se va înregistra cel mai bun răspuns dintr-una sau alta din cele două coloane.

Deschiderea ochilor - are 4 grade:

4 Deschidere spontană a ochilor;

3 Deschiderea ochilor ca răspuns la vorbire (orice fel de vorbire sau strigăt, nu neapărat solicitarea de a deschide ochii);

2 Deschiderea ochilor ca răspuns la durere (durere la nivelul membrelor, ca mai sus);

1 Nu deschide ochii.

Se poate stabili un scor general prin însumarea scorurilor din cele 3 domenii evaluate (de ex.: nu răspunde la durere + absenţa verbalizării + absenţa deschiderii ochilor = 3).

▶În cazul unui copil mai mare de 4 ani se va folosi scorul Glasgow (p.768).

▶▶Meningita^{APLS}

Diagnosticul de meningită trebuie suspectat la orice sugar sau copil bolnav. Singurele semne pot fi plânsul neobişnuit, alimentare deficitară sau vomismente. O mare atenţie trebuie acordată fontanelelor care, în timpul vomismentelor sunt deprimate la copiii normali dar, în caz de meningită se găsesc sub tensiune.

Semnele meningeale: gâtul este ţeapăn (nu-şi poate atinge genunchii cu gura), fotofobie, semnul Kernig - rezistenţă la extinderea genunchiului cu şoldul complet flectat, semnul Brudzinski (şoldurile se flectează când capul este aplecat înainte), opistotonus, hipertensiune intracraniană, iritabilitate, somnolenţă, vomismente (fontanelele sub presiune), pre-hernie - mai jos.

Semne de infecţie: febră, artrită, comportament bizar, erupţii de orice fel, peteşiile sugerează infecţie meningococică, stare de şoc, cianoză, coagulare intravasculară diseminată, tahicardie, tahipnee, leucocitoză.

Alte cauze de meningism: amigdalita, pneumonia, sângerarea subarahnoidiană.

Puncţia lombară. Aceasta se va practica imediat afară de cazul în care există semne de focalizare, coagulare intravasculară diseminată, purpură (prioritatea o constituie administrarea de penicilină -50 mg/kg, maximum 2 g -pentru meningococ), sau în cazul în care există riscul unei hernieri cerebrale (postură sau respiraţie anormală, scala de evaluare a comei sub 13 - p.257, midriază, reflexe oculare “de păpuşă”, hipertensiune arterială, bradicardie, edem papilar).

NB: efectuarea preliminară a unui CT-scan nu poate arăta că o puncţie lombară va fi lipsită de riscuri.[1]

Tehnică: cel mai bine o înveţi de la un medic experimentat. Cele ce urmează sunt simple recomandări.

• Explică totul mamei; • Cere ajutorul unei asistente cu experienţă pentru a poziţiona copilul - cu genunchii la gură, complet flectat la marginea patului şi cu spatele în unghi drept cu patul; • Marchează un punct între apofizele spinoase, la nivelul crestelor iliace; • Acoperă cu un câmp steril şi sterilizează suprafaţa. Îmbracă mănuşi; • Infiltrează cu 1 ml dintr-o soluţie 1% de lignocaină; • Introdu acul de puncţie lombară ţintind spre ombilic; • Se culeg câte 4 picături de LCR în trei eprubete pentru efectuarea de urgenţă a unui frotiu Gram, culturi, examen virologic şi de glucoză (se va determina şi glicemia); • Se vor face frecvent examene neurologice;• Informează mama.

Explorări - (după puncţie): hemoleucogramă, U&E, hemocultură, urocultură, cultură din exsudat nazal (şi din scaun, pentru virologie), proteina C-reactivă: este peste 20 mg/l? Lactatul în LCR: este peste 3 mg?[1] RXT. Evaluează balanţa hidrică, TPR şi presiunea arterială la fiecare oră.

Tratamentul meningitei piogene înainte de a se cunoaşte agentul cauzal. • Protejează calea aeriană administrează oxigen în debit mare; • Instalează o perfuzie intravenoasă şi administrează soluţie coloidală sub formă de bolus-uri de câte 10 ml/kg; • Administrează dexametason (p.304) timp de 2 zile, înainte de începerea primei doze de antibiotic. • Dacă există riscul de meningococemie utilizează antibiotice (vezi p.304); • Administrează benzilpenicilină - 30 mg/kg/4h (dacă are vârsta între 1 lună şi 12 ani), în asociere cu netilmicin - 2 mg/kg/8h (dacă este sub o lună), ambele introduse lent IV, -sau cefotaxim - 50-60 mg/kg/8h, IV, în 15 minute. Măsoară nivelul de netilmicin, U&E şi creatinina. Se reduce doza după necesităţi (vezi fişa medicamentului). Dacă este posibil administrează ceftriaxon - 80 mg/kg/24h, IV, în 30 de minute (maximum 4 g/zi) - acest tratament este pe cale să devină standard;[2]

• La un copil > 2 luni se poate administra cloramfenicol - 12-25 mg/kg/6h, în perfuzie (se vor controla concentraţiile sanguine) în loc de cefotaxim- efecte secundare: anemia aplastică, iar la doze mari apariţia sindromului de "copil cenuşiu" cu balonare abdominală, cianoză şi colaps;

• Dacă sunt semne de pre-herniere a ţesutului cerebral se va aplica tratamentul pentru hipertensiune intracraniană (p.298) - manitol 0,5 g/kg în perfuzie;

• După ce se cunoaşte organismul cauzal şi se introduce tratamentul apropriat trebuie determinată concentraţia inhibitoare minimă *in vitro* pentru respectivul microorganism.

Complicaţii: septicemie, efuzii subdurale, ataxie, paralizie, surditate, retardare mintală, epilepsie, abces cerebral.

LCR în meningită:	*Piogenă*	*Tuberculoasă*	*Aseptică*
Aspect	adesea tulbure	reţea de fibrină	de obicei limpede
Celularitate	polimorfonucleare (1000/mm^3)	mononucleare (10-350/mm^3)	mononucleare predominantă (50-1500/mm^3)
Glucoză	<2/3 din nivelul glicemiei	< 2/3 din nivelul glicemiei	> 2/3 din nivelul glicemiei
Proteine	1/5 g/dl	1/5 g/dl	< 1,5 g/dl

---

1 G Rennick 1993 *BMJ* ii 935 2 UB Schaad 1993 *Lancet* 342 457
3 H Peltola 1989 *Lancet* i 1281

Meningita: agenţii cauzali

Meningococul, pneumococul şi Haemophilus influenzae sunt agenţii cauzali ai meningitelor severe, dar dintre aceştia trei meningococul este cel care acţionează cel mai rapid şi cel mai letal. Intervalul dintre o aparentă stare generală bună şi comă poate fi, în cazul meningococului, de cîteva ore. În cazul în care se suspectează o meningită, administrarea imediată benzilpenicilină - 600 mg IM (indiferent de vârstă), înainte de a trimite pacientul la spital, -poate să-i salveze viaţa.

Neisseria meningitidis (meningococul). Instalarea bolii este bruscă ± erupţie (purpurică sau nu, debutând sub formă de macule roz localizate pe gambe). Infecţia poate să debuteze ca o septicemie, fără meningită (sindromul Waterhouse-Friedrichsen, p.734) şi puncţia lombară precoce poate să fie normală, dând un fals sentiment de siguranţă. Pot coexista: artrită, conjunctivită, sindrom de coagulare intravasculară diseminată şi miocardită. Boala poate apărea la orice vârstă. Pe frotiu, germenii (cocci), apar coloraţi G-negativ, se prezintă aşezaţi în perechi, cu axele lungi paralele, adesea încorporaţi în polimorfonucleare. Antibioticul de elecţie este benzilpenicilina - 50 mg/kg/4h, IV. Dacă pacientul este alergic la penicilină aceasta se poate înlocui cu cefotaxim (p.302) sau cu cloramfenicol (vezi mai jos). Starea de şoc se tratează cu perfuzii de soluţii coloidale. Pentru prevenire se foloseşte rifampicin - 10 mg/kg/12h per os (dacă pacientul este mai mic de 1 an se va da o cantitate de 5 mg/kg/12h) timp de 48 de ore pentru cei care au fost în contact strâns cu bolnavii, sau ciprofloxacin (MMC. p.442), sau ceftriaxon - 125 mg IM (dacă este sub 12 ani, sau 250 mg/kg IM, dacă este peste 12 ani). Se ţine sub observaţie.

Haemophilus influenzae. Factori predispozanţi: infecţiile ORL (se vor face frotiuri din secreţii, germenele fiind adesea identificat). Vârsta obişnuită: sub 4 ani. Coloraţia Gram pune în evidenţă cocco-baccili G-negativi în perechi sau în lanţuri scurte. Cu cât cantitatea de glucoză din LCR este mai mică, cu atât este mai gravă infecţia. Medicamentele folosite: cloramfenicol 12-25mg/kg/6h, în perfuzie (dar nu la nou-născuţi) + ampicilină - 30mg/kg/4h, IV (dezvoltă rezistenţă). Uneori poate fi necesară şi Rifampicina (vezi mai jos).[1]

Dacă este posibil, măsoară concentraţia maximă a cloramfenicolului, urmărind atingerea unei concentraţii de 20-25 µg/ml. Nu trebuie să te surprindă faptul că sunt necesare doze mult mai mari pentru a atinge aceste concentraţii.[2] (Concentraţia minimă este mai mică de 15 µg/ml). De îndată ce este posibil se va trece pe administrarea orală care este mai eficace.

Dexametasona - (0,15 mg/kg/6h, IV, timp de 4 zile), poate să reducă cazurile de surditate post-meningitică (de la 15% la 3%[3] [4]), şi ajută la o vindecare mai rapidă (deşi această părere este controversată[5]). Se ştie că dexametasona suprimă producţia de interleukină-1 şi a factorului de necroză tumorală, despre care se crede că sunt la originea "cascadei de citokine" care duce la congestie vasculară, coagulare, sinteză de prostaglandină, proliferare de celule T şi şoc endotoxic.

Streptococcus pneumoniae. Factorii de risc: infecţiile căilor respiratorii superioare, pneumonia, fracturile craniene, meningocelul. Infecţia poate surveni la orice vârstă. Pe frotiu apar cocci Gram-pozitivi în perechi. Antibioticul de elecţie este benzilpenicilina - 20-50 mg/kg/4h administrată lent intravenos.

E.coli. Această bacterie poate cauza meningită la nou-născut (la care simptomele pot fi dificultăţile de alimentare, apnee, convulsii şi şoc). Preparatul de elecţie este netilmicina - 2mg/kg/8h administrată lent intravenos (p.280).

Streptococul hemolitic Grup B poate să treacă de la mamă la făt în cursul expulziei (se vor face frotiuri de la mamele sugarilor care se îmbolnăvesc subit - de ex. la cei mai mici de 24 de ore. Infecţia poate să apară şi după o lună. Antibioticul de elecţie este benzilpenicilina - 25-50mg/kg/4h, administrată lent intravenos.

Listerioza perinatală. (Listeria monocytogenes). Se manifestă la scurt timp după naştere cu meningită şi septicemie (± pneumonie). Se formează microabcese în numeroase organe (granulomatosis infantiseptica). Pentru stabilirea diagnosticului se fac culturi din sânge, placentă, lichidul amniotic, LCR. Tratamentul constă în administrarea intravenoasă de ampicilină şi gentamicină. Pentru detalii privitoare la prevenţie, vezi MMC, p.222.

Mycobacterium tuberculosis poate determina infarcte ale SNC, demielinizare (leziuni ale nervilor cranieni) şi tuberculoame - inclusiv meningită cu un prodrom lung caracterizat de letargie, anorexie şi stare generală rea. Fotofobia şi rigiditatea cefei sunt cel mai adesea absente. Primele câteva puncţii lombare vor da rezultate normale, sau LCR conţine fire subţiri de fibrină. Numărul de celule în LCR fluctuează foarte mult (p.258). Pentru *tratament* se va solicita avizul unui expert. Un exemplu de tratament ar fi: isoniazida - 10-20 mg/kg/24h, IV + rifampicin - 10-20 mg/kg/24h, per os (mai puţin de 600 mg/zi) + pirazinamid - 40 mg/kg/zi + etionamid - 20 mg/kg, o doză zilnică (cu o oră înainte de masă).[2]

Alte bacterii. Specii de leptospire (Leptospira canicola), brucele, salmonele.

Cauzele meningitelor aseptice: virale (parotidită, virusuri echo, herpes, polio), infecţii bacteriene tratate doar parţial, criptococcoza.

1 C Hains 1986 *BMJ* i 900

2 P R Donald 1992 *Paedictrics* **89** 247

3 M Lebel 1988 *NEJM* **319** 964

4 UB Schaad 1993 *Lancet* **342** 457

5 R Finch 1991 *BMJ* i 607

Unele probleme ale diabetului zaharat

"Ce trebuie să ştie familia înainte de externarea copilului?"

- Doza de insulină necesară. Pot părinţii să o măsoare cu precizie? Copilul poate să şi-o administreze singur? Încurajează-l să încerce injectarea pe portocale!
- Regimul alimentar. În ce constă? De ce este important? De ce trebuie ca mesele să fie luate la intervale regulate? Ce trebuie să facă mama dacă copilul este flămând?
- Se poate controla cu precizie glicemia? Se va observa tehnica folosită.
- Ce se poate face dacă glicemia nu este corect controlată?
- Înţelege mama ce înseamnă o glicemie "bine controlată"?
- Ce se întâmplă dacă se administrează o cantitate prea mare de insulină? Ce se întâmplă dacă se instalează hipoglicemia? Ce acţiuni trebuie întreprinse? Se vor face exerciţii practice în salon inducând hipoglicemie prin suprimarea micului dejun după administrare de insulină dimineaţa. Se vor explica simptomele pe măsură ce apar.
- Ce se întâmplă dacă pacientul "sare" o masă, sau dacă vomită ce a mâncat? Care sunt necesităţile de insulină în cursul unei gripe?
- Cu cine va lua mama legătura în caz de urgenţă? Oferă instrucţiuni scrise.
- Medicul de familie trebuie să fie informat cu privire la externare şi la urmărire.
- Încurajează aderarea la cea mai apropiată asociaţie a diabeticilor.[1]

"Care sunt scopurile urmăririi de rutină în clinica diabetologică?"

- Să se asigure o glicemie normală prin educaţie şi motivare.
- Să se prevină complicaţiile. Verifică creşterea şi fundul de ochi (se va dilata pupila). În sânge se va măsura glicemia şi hemoglobina glicozilată. Notă: retinopatia diabetică apare numai după vârsta de 10 ani.
- În cazul în care nu este posibil să se păstreze o glicemie normală se va căuta cel mai acceptabil compromis între modul de viaţă al copilului şi un control strict al glicemiei. Există metode (Novopen®) care permit o mare flexibilitate în ceea ce priveşte timpul şi dozele de insulină. Acest sistem eliberează o doză variabilă de insulină (2 U per apăsare) la apăsarea unui piston şi elimină nevoia de a purta pretutindeni seringi şi de a injecta insulină în momente nepotrivite (de ex. la o petrecere).

Epidemiologie. 60% din toate cazurile de diabet de tip I (insulinodependent) debutează între 4 şi 12 ani. Durata medie a simptomelor înainte de stabilirea diagnosticului este de 30 de zile. La persoanele diabetice cu HLA-B8 se găsesc anticorpi anti-insulari, dar aceştia lipsesc la diabeticii cu HLA-B15. Dacă un copil dintr-o familie are diabet, riscul de a avea fraţi sau surori cu diabet este de 5-10%. Pentru criteriile de diagnostic, vezi MMC, p.528.

Tratamentul noului diabetic. Tratamentul ceto-acidozei este descris la p.308. Dacă nu există cetoză rareori este necesară administrarea intravenoasă de fluide. O doză iniţială adecvată de insulină este de 0,2 U/kg, subcutanat, urmată de 0,35-0,5 U/kg/12h, subcutanat, administrată cu 30 de minute înainte de micul dejun şi cu 30 de minute înainte de ceai. Aproximativ 70% din doză trebuie să fie insulină retard. Dacă pancreasul colaborează este posibil să urmeze o perioadă de graţie în cursul căreia nevoile de insulină vor scădea la 0,1 U/kg/zi. Dieta va conţine 1 500 de calorii/m.p. de suprafaţă corporală, sau 1 000 kcalorii + 100-200 kcalorii pentru fiecare an de vârstă (în funcţie de cheltuielile energetice). La fiecare masă importantă se va da circa 30% din total, şi înainte de culcare se va da restul de 10%. 20% din calorii vor fi proteine, 50% hidraţi de carbon nerafinaţi, şi 30% lipide. Solicită ajutorul unui dietetician specializat.

[1] In UK: 10 Queen Anne Square, London, WIM 0BD (UK tel 0171 323 1531)

▶▶Urgenţele diabetice

Coma hipoglicemică. Nu există valori minime precise ale glicemiei, dar concentraţii mai mici de 2mmoli/l pot să ducă la comă.

Aspecte clinice. Stare de slăbiciune, foame, iritabilitate, senzaţie de leşin, transpiraţii, dureri abdominale, vomismente, convulsii, comă.

Cauze: hipertratamentul diabetului. Dar hipoglicemia poate fi de asemenea spontană, sau poate fi provocată de hiperinsulinism (hiperplazia insulelor Langerhans sau tumori insulinare, de sindromul Beckwith-Wiedmann - p.837), sau de tulburări metabolice (boli de stocare anormală a glicogenului, scăderea glicogen-sintetazei, intoleranţă la fructoză, boala urinei ca siropul de arţar - p.238).🖫

Tratament. Se administrează 0,5 g glucoză/kg sub formă de soluţie 25% în perfuzie (sau prin tub rectal dacă venele sunt inaccesibile) în asociere cu glucagon 0,5-1 mg IV lent, sau IM. După aceasta administrează dextroză 10%, 5 ml/kg/h. În mod obişnuit redobândirea cunoştinţei survine rapid. Dacă acest lucru nu se întâmplă, administrează dexametason (p.298).

Coma cetozică. ▶Se va face tratamentul în poziţie semi-culcată pentru a evita riscul de aspiraţie.

Aspecte clinice: stare de nelinişte, vomismente, somnolenţă, poliurie, polidipsie, pierdere în greutate. La examenul clinic se observă deshidratare (p.292), polipnee cu inspiraţii profunde, respiraţie cetonică (cu miros de fructe), stare de şoc, comă.

Explorări (la patul bolnavului): corpi cetonici în urină (+++), hiperglicemie (dacă există vasoconstricţie rezultatul poate indica valori false - mai mici).

În primele 4h: ABC (Airway Breathing Circulation = menţinerea deschisă a căilor aeriene, a respiraţiei şi a circulaţiei). Administrează oxigen 100%. Monitorizează ECG-ul.

- Cîntăreşte pacientul; hemoleucograma, U&E, calciu, fosfat, gaze în sânge. Instalează o perfuzie cu ser fiziologic 0,9%
- Administrează ser 0,5 ml/kg/min (+ 10 ml/kg plasmă, IV, dacă pacientul este în stare de şoc) în timp ce se fac calculele necesare.
- Calculează necesităţile de lichide - lichidele de menţinere (100 ml/kg/zi, p.292) + deficitul de apă. Se pleacă de la premisa că pacientul este deshidratat în proporţie de 10%, deci are un deficit de apă de 100 ml/kg.
- Administrează 1/3 din acest volum în primele 4 ore sub formă de soluţie salină (perfuzie IV).
- Determină osmolaritatea plasmatică $[2 (Na^+ + K^+)]$ + glucoză + uree. Dacă > 340 mosmol/kg (comă hiperosmolară) administrează lichide sub formă de soluţie salină 0,45%.
- Administrează insulină (Actrapid®). Dacă are > 5 ani: -0,1 U/kg stat IV, apoi 0,1 U/kg/h în perfuzie (cu pompă, diluată în soluţie salină 0,9%). Dacă nu dispui de pompă administrează 0,25 U/kg IM stat, apoi 0,1 U/kg/h,

IM. Se reduce doza la 0,05 U/kg/h dacă glicemia scade cu mai mult de 4 mmol/h. În cazul în care copilul este < 5 ani, administrează o cantitate mai mică de insulină (0,05 U/kg/h, în perfuzie).

- Când se reia fluxul urinar începe administrarea IV de potasiu - în funcţie de valorile potasiului din plasmă. Dacă potasiul plasmatic este < 5 mmoli/l administrează 6mmoli/kg/zi (concentraţia va fi menţinută sub 30 mmoli/l). Riscul este reprezentat de hipopotasemie. Valoarea potasiului plasmatic care trebuie obţinută este de 4-5mmoli/l.
- Chiar în cazul unei acidoze grave rolul pe care îl are bicarbonatul este controversat (provoacă o modificare nefavorabilă a curbei de disociere dintre hemoglobină şi oxigen). Exemplu de doză: dacă pH-ul este sub 7,0 se va administra bicarbonat sub formă de soluţie 8,4% în proporţie de 2,5 ml/kg, în perfuzie într-o perioadă de 2 ore. Verifică pH-ul după o oră şi opreşte perfuzia dacă pH-ul este mai mare de 7,15.
- Repetă U&E, glucoză în sânge. Se face RXT, HC şi teste screening pentru infecţie.
- Monitorizează TPR şi continuă monitorizarea permanentă a ECG. Măsoară presiunea arterială. Introdu un tub nazo-gastric.
- Măsoară debitul urinar şi gravitatea specifică a urinii (oligurie este discutată la p.332).

Tratamentul ulterior. Determină glicemia la fiecare oră. Când glicemia atinge o valoare mai mică de 15 mmoli/l se trece pe un amestec de 4,3% dextroză + 0,18% sol.salină care se va administra în perfuzie.

- Administrează următoarea 1/3 din cantitatea de apă necesară pentru 24 de ore în cele 8 ore care urmează, şi ultima treime în următoarele 12 ore (după care se vor putea administra lichide pe cale orală în ritm de 15-30 ml/h. N.B.: în cadrul altor regimuri de rehidratare aceasta se face mai încet (de ex. cantităţi egale administrate per os timp de 36 de ore), pentru a se evita riscul de edem cerebral (care trebuie suspectat în cazul în care situaţia se înrăutăţeşte după 2-24 de ore; în astfel de cazuri singurul tratament de ajutor este administrarea de manitol).
- Se repetă la fiecare 2-4 ore determinările de U&E, PVc şi a gazelor dizolvate în sânge (pentru evaluarea echilibrului acido-bazic) până când pacientul recapătă cunoştinţa şi lichidele pot fi administrate pe cale orală.

Dificultăţi ce apar în ceto-acidoza diabetică:

1 Se poate observa creşterea numărului de leucocite (chiar o reacţie leucemoidă) în absenţa infecţiei.

2 La mulţi din aceşti pacienţi infecţia nu se însoţeşte de febră. Se va face MSU, hemocultură şi RXT. Se începe precoce antibioterapia în cazul în care se suspectează infecţie.

3 Unele teste pentru creatinină dau reacţii încrucişate cu corpii cetonici astfel încât creatinina plasmatică nu reflectă cu adevărat funcţia renală.

4 Din cauza efectului osmotic al glucozei poate apărea hiponatremie. Dacă valoarea este mai mică de 120 mmol/l se vor căuta alte cauze (de ex. hipertrigliceridemia). Hipernatremia (peste 150 mmol/l) se va trata pentru început cu soluţie salină 0,45%, apoi cu soluţie salină 0,9%.

5 Cetonurie nu este egal cu ceto-acidoză. Persoane normale pot să prezinte cetonurie după un post de scurtă durată. Nu toţi corpii cetonici sunt datoraţi diabetului - în cazul în care glicemia este normală trebuie să te gândeşti la alcool. Testează plasma cu Ketostix® sau cu Acetest® pentru a pune în evidenţă existenţa cetonemiei.

6 Poate surveni acidoză fără să existe concomitent o creştere importantă a glicemiei, dar se va lua în consideraţie posibilitatea ingestiei unei supradoze de aspirină.

7 Adesea se produce o creştere a amilazei serice (până la de 10 ori valoarea normală), iar durerile abdominale nespecifice sunt obişnuite, chiar în absenţa pancreatitei.

8 Edemul cerebral constituie o ameninţare permanentă. Acesta poate fi prevenit printr-o revenire lentă la o glicemie şi o hidratare normale. Starea neurologică se va controla la fiecare oră.

Epilepsia şi convulsiile febrile

Epilepsia este o tendinţă la o activitate cerebrală anormală intermitentă. Epilepsia se clasifică în funcţie de implicarea unei singure emisfere cerebrale (epilepsie parţială) sau a ambelor (epilepsie generalizată).

Epilepsia generalizată *(tonico-clonică, grand mal).* Membrele devin rigide (tonice) apoi execută mişcări spasmodice (clonice), activitatea fiind însoţită de pierderea stării de conştienţă.

Absenţe. Sunt pauze scurte (10 secunde). Subiectul "se opreşte în mijlocul unei fraze, apoi continuă din punctul în care s-a oprit". Globii oculari se rotesc în sus. Subiectul nu este conştient de absenţă.

Spasmele infantile. De ex. un copil de 5 luni care face o mişcare bruscă de flectare înainte, cu braţele flectate şi mâinile extinse (criza "salaam"). Mişcarea se poate repeta la fiecare 2-3 secunde, chiar de 50 de ori. EEC este caracteristică. Se tratează cu ACTH + nitrazepam sau valproat.

Atacurile mioclonice: survin la copii între 1-7 ani care aparent "se aruncă" brusc la pământ.

Epilepsia parţială. Semnele pot fi caracteristice pentru una din emisfere.

Fenomene elementare: pacientul nu îşi pierde cunoştinţa.

Fenomene complexe: (atacuri temporale). Conştiinţa scăzută. Automatisme (pacientul îşi linge buzele, îşi freacă faţa, poate să o ia la fugă). Uneori atacuri de plăcere intensă.

Cauzele epilepsiei. Adesea nu se poate identifica nici o cauză. Infecţii (meningita), dezechilibre ale U&E , ale calciului şi magneziului, hipoxie, hipoglicemie, boli ale SNC (scleroză tuberoasă - p.238, tumori, malformaţii), toxine, fenilcetonurie, impulsuri luminoase repetitive (TV).

Se poate stabili diagnosticul de **convulsie febrilă** dacă sunt întrunite următoarele elemente:

- Convulsie tonico/clonică generalizată şi simetrică, fără caracteristici focale.
- Survine pe măsură ce temperatura creşte rapid în cursul unei boli febrile.
- Apare la un copil care se dezvoltă normal, la vârste cuprinse între 6 luni şi 5 ani.
- Nu există semne de infecţie a SNC şi nici un istoric de epilepsie.
- Dacă survin mai puţin de 3 convulsii, fiecare cu o durată mai mică de 5 minute.

Diagnostic diferenţial. Cu meningoencefalita, leziuni cerebrale, traumatisme, hipoglicemie, hipocalcemie şi hipomagnezemie.

Aproximativ 3% din copii au cel puţin o convulsie febrilă.

Examen clinic: se face un examen complet pentru a identifica o infecţie posibilă.

Explorări: hemogramă completă, uroculturi RXT, frotiuri din secreţiile ORL, puncţie lombară (se va efectua totdeauna la copii mai mici de 1,5 ani). În cazul în care este necesară o puncţie lombară, solicită şi avizul unui expert. Dacă nu este cazul reanalizează peste 2 ore decizia de a face puncţia lombară. Dacă puncţia lombară este indicată asigură-te că ai exclus semnele de hipertensiune intracraniană (p.302).

Tratament. Decubit dorsal. Administrează diazepam (p.312); răcoreşte copilul cu un burete înmuiat în apă călduţă. Administrează 12 mg/kg/4-6ore de sirop de paracetamol, 120 mg/5ml.

Educaţia părinţilor. • Liniştiţi temerile (copilul nu va muri în cursul convulsiilor).

• Convulsiile febrile nu înseamnă epilepsie, sau, în mod obişnuit, risc de epilepsie.

• Pentru cei 30% care prezintă recurenţe (50% din rudele de gradul I al acestora sunt şi ele afectate), sfătuieşte mama să folosească supozitoare cu diazepam - 5mg dacă copilul are mai puţin de 3 ani, sau diazepam supozitoare 10mg, dacă este mai mare (0,5 mg/kg). Această doză se poate folosi şi la domiciliu, în timpul convulsiilor.

Prevenirea ulterioară a convulsiilor. Utilizarea profilactică a fenobarbitalului este rareori indicată.[1]

Urmărire: explică părinţilor că la vaccinarea pentru pertussis şi tripla vaccinare MMR - care provoacă febră, trebuie administrat paracetamol pe cale orală (p.254) -şi trebuie avute la îndemână şi supozitoare cu diazepam.[2]

Prognostic. La 1% din cei care nu prezintă simptome complexe va apărea epilepsie. Mai puţin de 1% din cei care au convulsii febrile vor avea 3 sau mai multe fenomene complexe. Riscul lor se apropie de 50%.

Pentru tratamentul şi prevenirea epilepsiei vezi p.312 şi 314.

---

[1] H Valman 1993 *BMJ* i 1743

[2] Immunizations Practices Advisory Committee MMWR 1987 36 281

Tratamentul epilepsiei

Tratamentul în trepte al stării epileptice. Tratamentul de susţinere: • Asigură permeabilitatea căilor aeriene. Porneşte un ceas. • Instalează o perfuzie dextroză 5%. • Măsoară pulsul, presiunea arterială, glicemia şi gazele sanguine, calciul şi magneziul.

▶Dacă pacientul este hipoglicemic administrează glucoză - 0,5 g/kg, IV sub forma unei soluţii 25%, urmată de 5-10 mg dextroză 10%/kg/min, IV

Controlul convulsiilor. Treci la treptele următoare doar dacă convulsiile continuă.

0 min: estimează greutatea copilului (2 × [vârsta în ani + 4]).

Diazepam - 0,25-0,4 mg/kg administrat lent IV sub formă de Diazemuls® (care este mai puţin toxic pentru vene). Dacă accesul venos nu este posibil administrează diazepam supozitoare PR - 0,4 mg/kg (nu sub formă de Diazemuls® deoarece absorbţia este lentă) sau dacă se folosesc tuburi de gavaj deja montate (Stesolid®) administrează 5 mg la cei < 3 ani şi 10 mg la cei > 3 ani.

5 min: *diazepam* administrat ca mai sus.

10 min: *paraldehidă* - 0,4 mg/kg PR (preparat cu ulei de arahide), sau IM (maximum 5 ml într-o fesă pentru a reduce riscul de abces steril). De regulă 1ml/an, maximum 10 ml.

20 min: *fenitoin* - 18 mg/kg, perfuzie IV, ritmul de administrare va fi de maximum 1 mg/kg/min.

50 min: *diazepam* - 0,1-0,4 mg/kg/h, perfuzie IV. Se cere avizul unui expert.

65 min: institue paralizie respiratorie şi ventilează pacientul. Perfuzie cu *tiopentan*.

▶Timpii se referă la intervalul indicat de ceas de la administrarea primului medicament, şi nu la intervalele dintre medicamente. Unii recomandă instituirea ventilaţiei mai devreme, şi acest lucru trebuie totdeauna să fie făcut pentru a proteja calea aeriană.

Explorări. Oximetrie, monitorizare cardiacă, controlul glicemiei şi gazelor sanguine, U&E, calciu, magneziu, HC, plachete, ECG. Determină nivelul plasmatic de substanţe anticonvulsivante, control toxicologic, amoniacul sanguin, puncţie lombară, se vor face hemo- şi uroculturi, EEG, CT-scan, se va măsura concentraţia de monoxid de carbon, de plumb şi nivelul aminoacizilor.[1]

După terminarea crizei începe tratamentul profilactic, de ex. cu valproat de sodiu sau cu carbamazepină, în funcţie de regimul stabilit (p.316). Se va folosi, de preferinţă, un singur preparat. Se creşte doza până când crizele se opresc, sau până când se atinge nivelul toxic.

Carbamazepina ES: apariţia unei erupţii (însoţită sau nu de exfoliere), trombocitopenie, agranulocitoză, anemie aplastică (toate acestea sunt rareori observate). Carbamazepina induce sinteza unor enzime specifice, astfel că poate fi necesară o creştere progresivă a dozelor.

Valproat de sodiu. Este un preparat lichid, lipsit de zahăr, care conţine 200mg substanţă activă în 5 ml de soluţie. ES: vomismente, creşterea apetitului, somnolenţă, trombocitopenie (se vor număra plachetele înainte de intervenţii chirurgicale). Hepatotoxicitatea (rară), poate fi fatală. Este necesar să se monitorizeze TFH, de obicei doar în primele 6 luni de tratament.

Etosuximid. Siropul conţine 250 mg/5 ml. ES: erupţii, eritem multiform, sindroame lupice, agitaţie, cefalee. Este un preparat bun pentru tratamentul absenţelor.

Fenitoin. Nu este bun ca un prim tratament din următoarele cauze: **1.** Dozele sunt dificil de manipulat - o creştere mică a dozei poate fi însoţită de o creştere importantă a concentraţiei plasmatice; **2.** Monitorizarea concentraţiei plasmatice este esenţială. Concentraţia optimă este de 40-80 µmol/l (10-20 mg/l); **3.** Are efecte toxice (nistagmus, diplopie, disartrie, tremurături şi ataxie); **4.** Are efecte secundare (deteriorare intelectuală, depresie, apatie, tulburări de comportament, polyneuropatie, acnee, îngroşarea trăsăturilor faciale, hirsutism, hipertrofia gingiilor, discrazii sanguine, scăderea calciului şi folatului plasmatic).

Vigabatrin. Acest GABA-analog blochează GABA-transaminaza (ceea ce determină o creştere a GABA la nivelul sinapselor GABA-ergice - MMC, p.406). Consideră adăugarea acestui preparat la schemele de tratament în cadrul cărora nu pot fi controlate crizele parţiale. Doza de început este de 40 mg/kg/zi PO (plicurile sau tabletele au 500 mg). Doza maximă este de 100 mg/kg/zi. Concentraţiile sanguine nu sunt un indicator bun, dar se poate controla indirect prin măsurarea concentraţiei fenitoinei care poate scădea cu 20%[3]). ES: somnolenţă, depresiune, psihoză, amnezie, diplopie şi ameţeală.

Educaţie. În cazul în care crizele sunt bine controlate, explicaţi profesorilor că nu sunt necesare interdicţiile privind înotul, ciclismul sau alte sporturi.

Medicament	Doza de pornire mg/kg/24h	Doza-ţintă ptr. evaluarea iniţială a efectului mg/kg/24h	Creşterea dozei Mărimea mg/kg/24h	Creşterea dozei Intervalul în zile	Doza efectivă obişnuită mg/kg/24h	Doze/zi	Ţinta prin nivelul medicamentului în plasmă mg/l	Ţinta prin nivelul medicamentului în plasmă µmol/l
Carbamazepin	5	12,5	2,5	7	10-25	2-3	4-10	17-42
Valproat	10	20	10,0	10	15-40	1-2		
Fenitoin	5	7	1,0	10	5-9	1-2	10-20	40-80
Fenobarbital	4	6	2,0	10	4-9	1	15-40	60-180
Etosuximid	10	15	5,0	5	15-40	1	40-99	280-700
Clonazepam	0,025	0,05	0,025	7	0,025-0,1	2-3		

Când şi ce medicament trebuie folosit

Crize tonico/clonice: se încearcă în primul rând valproatul de sodiu sau carbamazepina.
Absenţe: prima alegere este etosuximidul, a doua, valproat de sodiu.
Crize mioclonice sau akinetice: valproat de sodiu sau benzodiazepine.
Spasme infantile: prednisolon sau nitrazepam (0,2-0,6 mg/zi, PO).
Atacuri parţiale: mai întâi carbamazepina, apoi valproat de sodiu.

Întreruperea administrării anti-convulsivantelor - vezi MMC, p.451. Riscul de recurenţă în perioada de diminuare progresivă a dozelor nu este mai mare dacă perioada de întrerupere este de 6 săptămâni, în comparaţie cu 9 luni.

1 Advanced Life Support Group *Advance Paediatric Life Support* 1993 BMA
2 M Tunic 1992 *Paed Clin N America* (Oct, page 1014)
3 Drug Ther Bul 1990 28 95

▶▶Astmul infantil[APLS]

Diagnostic. Pacientul prezintă o obstrucţie reversibilă a căilor respiratorii (debitul respirator maximal variază cu > 20%, p.271), însoţită de respiraţie şuierătoare, dispnee sau tuse (care poate fi nocturnă şi să constituie singurul semn). *Diagnosticul diferenţial* se face cu un corp străin, crup şi pneumonie. *Semnele astmului* grav sunt tahipneea (peste 50 respiraţii pe minut), imposibilitate de a vorbi sau de a se alimenta, puls peste 140/minut, fluxul respirator maximal (peak flow) < 33% din valoarea normală. Pacienţii pot să nu fie agitaţi.

În cazul în care astmul pune în pericol viaţa pacientului: fluxul maximal este sub 50%, apare cianoză, linişte toracică, oboseală sau epuizare, agitaţie, scăderea stării de conştienţă.

Tratament (indicaţiile BTS).[1] • Încearcă să eviţi factorii provocatori; • Verifică starea tehnică a inhalatorului; • Discută toate temerile familiei; • Aranjează un plan de auto-tratament; • Verifică respectarea tratamentului prescris; • Indică un peak flow -metru (dacă este un copil mai mare de 5 ani); • Începe de la treapta corespunzătoare cu gravitatea simptomelor şi creşte după nevoie (sau diminuează dacă rezultatele controlului sunt bune un interval mai mare de 6 luni); • Prednisolonul poate fi necesar în orice moment (40 mg/zi).

Treapta 1 Încearcă administrarea de preparate beta-agoniste. Dacă acestea sunt necesare mai mult de o dată pe zi se trece la treapta 2;

Treapta 2 Adaugă cromoglicat (20 mg/8h - pulbere de inhalat);

Treapta 3 Se trece de la cromoglicat la budesonid - 50-200 µg/12h, folosind un spaţiator de volum mare. Consideră posibilitatea unui tratament de 5 zile cu prednisolon (1-2 mg/kg/zi, PO);

Treapta 4 Se creşte cantitatea de budesonid la 400 µg/12h, folosind un spaţiator cu volum mare, adăugând (sau nu) un tratament cu prednisolon şi cu beta-agonist (Salmeterol, 2 spray-uri la 12 h);

Treapta 5 Adaugă xantină retard cu sau fără beta-agonist nebulizat şi la fiecare a doua zi administrează prednisolon - 5-10mg PO (ipratropium sau un beta-agonist în perfuzie s.c.

Exemple de doze: beta-agonişti - salbutamol mixtură, fără zahăr, 2 mg/5ml - 5 ml/8h (0,1 mg/kg/8h dacă este un copil sub 2 ani). Inhalatoarele sunt de preferat: terbutalin, 250 µg/4-6h (un singur spray) - sau cu spaţiator şi mască până la vârsta de 8 ani.

Xantine - teofilină - 5 mg/kg/8h, PO (siropul conţine 60 mg/5ml). Încearcă să verifici concentraţia în sânge. Biodisponibilitatea diferă de la un produs la altul. Pentru teofilina retard doza este de peste 12 mg/kg/24h, PO. Capsule de 60, 125 şi 250 mg. Granulele pe care le conţin pot fi împrăştiate pe alimente de consistenţă moale. NB: atenţie la efectul de întârziere a creşterii al steroizilor (inclusiv al steroizilor inhalabili).[2]

Tratamentul astmului grav. ▶O atmosferă calmă este benefică pentru pacient.

Astmul infantil

1. Ridică copilul în şezut; administrează oxigen 100% sub presiune.

2. Administrează terbutalină (4-5 mg) nebulizat (în aerosoli) cu oxigen (2 mg dacă <3 ani).

3. Prednisolon 1-2mg/kg, PO (max. 40 mg).

4.* Aminofilină - 5mg/kg IV, în 20 min (nu şi dacă pacientul ia xantine). Se continuă cu aminofilină în perfuzie - 1 mg/kg/h. Măsoară concentraţia plasmatică.

5.* Hidrocortizon -100mg/6h, IV; adaugă ipratropium -0,125-0,25 mg - în aerosol.

6. Oximetrie + RXT dacă presiunea parţială a oxigenului ≤ 92%.

7. Tratează orice pneumonie.

8. Înregistrează pe un grafic peak flow-ul înainte şi după fiecare nebulizare.

9. Repetă tratamentul cu aerosoli (nebulizator) după nevoie (la fiecare 30 min - 6 ore).

10. Dacă volumul respirator maximal scade (peak flow-ul↓), dacă pacientul este epuizat, confuz, dacă respiraţia este slabă sau se instalează coma, copilul trebuie transferat la unitatea de terapie intensivă.

Aceste recomandări trebuie aplicate dacă sunt semne că viaţa pacientului este periclitată , sau dacă starea pacientului nu se ameliorează după 15-30 minute de tratament.

Înainte de externare asigură-te că: • Pacientul foloseşte o tehnică de inhalare bună. • A avut un tratament obişnuit timp de 24 de ore. • Peak flow-ul este >75% din valoarea previzibilă iar variaţia diurnă este < 25%. • Se administrează steroizi pe cale inhalatorie *şi* prednisolon solubil pe cale orală. • Pacientul are un plan de tratament scris. • Va fi urmărit de medicul generalist după o săptămână şi va reveni la control în max. 4 săpt[1].

Dificultăţi:[1] • Lipsă de fermitate în privinţa diagnosticului până când survine o criză fatală. 50% din diagnostice se pun după mai mult de 15 vizite la medicul generalist. • Tehnică de inhalare defectuoasă. Evaluează modul în care pacientul foloseşte inhalatorul. • O lipsă de pregătire, şi de planificare pentru a face faţă unei crize grave. • Variaţii diurne marcate ale obstrucţiei căilor aeriene, care trec neobservate. Întreabă dacă pacientul se trezeşte noaptea - acesta este un semn grav de astm. • Când ne mulţumim cu mai puţin decât un control total al simptomelor. • Când uităm să începem tratamentul profilactic - şi nu folosim predinsolon oral precoce. • Imposibilitatea unui acces direct la spital. • Când nu este descurajat fumatul.

---

1 Brit Thor Soc Guidelines *BMJ* 1993 i 779 & *Thorax* 1993 48 sup. 1-24

2 O Walthers 1993 *Arch Dis Chil* 68 673

Fluxul respirator maxim la băieţi şi fete normale între 5 şi 18 ani.

Înălţime (în cm)	Medie	Al 3-lea centil	Înălţime (în cm)	Medie	Al treilea centil
100	110		150	360	300
113	160	100	155	400	320
120	210	140	160	420	350
125	240	160	165	450	370
130	260	190	170	470	400
135	290	220	175	500	430
140	310	240	180	520	450
145	350	270	185	550	470
			190	570	500

Sursa: S Godfrey 1970 *Br J Dis Chest* 64 15

Indicaţii pentru utilizarea continuă a aminofilinei în perfuzie intravenoasă (mg/kg/h) - după o doză de încărcare de 6-7,5mg/kg IV. (Pentru a afla doza de teofilină se va înmulţi cu 0,85).

	Aminofilină (mg/kg/h)
Nou-născuţi	0,15
Sugari sub 6 luni	0,47
Copii între 6 şi 11 luni	0,82
Copii între 1 şi 9 ani	0,94
Copii peste 9 ani	0,70

Dacă pacientul a luat teofilină se va omite doza de încărcare. Dacă se cunoaşte concentraţia plasmatică a teofilinei şi dacă aceasta este sub limita terapeutică se poate da o doză de încărcare suplimentară. Creşterea dozei cu 1 mg/kg determină o creştere a teofilinei serice cu până la 2 µg/ml.

Eritromicina face *să crească* semi-viaţa aminofilinei, ca şi cimetidina, ciprofloxacina, propranololul şi steroizii anti-concepţionali. Medicamentele care au efect de *diminuare* a semi-vieţii aminofilinei sunt fenitoina, carbamazepina, barbituricele şi rifampicina. Se va ajusta doza în funcţie de concentraţiile plasmatice.

▶Concentraţia plasmatică optimă este de 10-20 µg/ml (55-110 µmoli/l). Se va ţine seama de faptul că la o concentraţie plasmatică de peste 25 µg/ml pot să survină efecte toxice grave (hipotensiune, aritmie, stop cardiac).

Durerea abdominală

Durerea abdominală acută Copiii au în general probleme în localizarea durerii, şi de aceea alte aspecte sunt mai importante în anamneză. Indicatori pot fi:

- Scaunele cu consistenţă crescută sugerează constipaţia drept cauză (p.242).
- La copiii de culoare suspectează siclemia (recomandă teste de siclizare).
- La copiii din familii de asiatici suspectează TBC (test la tuberculină, p.245).
- La copiii cu pica (p.242) recomandă măsurarea plumbului sanguin.
- Migrena abdominală este sugerată de apariţia durerilor periodic, asociate cu vărsături, în special dacă şi istoricul familial este pozitiv.

Cauze organice mai frecvente Gastroenterite, ITU, afecţiuni virale (ex. tonsilite, asociate cu adenită mezenterică) şi apendicită.

Unele cauze rare Pancreatita din cadrul oreionului; diabetul zaharat; volvulus; invaginaţie; diverticul Meckel; ulcerul peptic; boala Crohn sau colita ulcerativă; boala Hirschsprung; purpura Henoch-Schönlein şi hidronefroza. Consideră posibilitatea menstruaţiei sau a salpingitei la fete. ▶La băieţi consideră întotdeauna posibilitatea unui testicul torsionat.

Investigaţii ▶Întotdeauna trebuie să recomanzi examen microscopic al urinei şi uroculturi. Alte teste: radiografie abdominală simplă; HC; VSH; urografie intravenoasă; examene baritate.

Apendicita (MMC, p.126) este rară la copii <5 ani, însă riscul de perforaţie este crescut în acest grup (aproximativ 90%[1]). Gândeşte-te: "cum pot diagnostica această afecţiune faţă de alte cauze de durere abdominală?" • Sugestii în anamneză: intensitatea durerii creşte în fosa iliacă dreaptă, nu are episoade asemănătoare de durere în antecedente, anorexie, tendinţă spre vomă, absenţa tusei şi a poliuriei. • La examinare: dacă copilul are o stare generală bună şi poate sta aplecat fără sprijin, precum şi dacă poate sări într-un picior, atunci diagnosticul de apendicită este foarte improbabil. • Investigaţiile au puţine şanse de a lămuri o situaţie clinică incertă.

Esofagita produsă de refluxul gastro-esofagian Se poate prezenta cu regurgitaţii, apnee, pneumonie, oprirea creşterii şi anemie. *Teste:* pH-metria cu o sondă esofagiană este mai eficientă decât examenele baritate.

Tratament: pot fi necesare medicamente, cum ar fi antiacid + alginat de magneziu/sodiu -ex. Infant Gaviscon® în pliculeţe, 1 doză amestecată cu 15ml apă fiartă şi răcită. Această pastă se poate administra cu lingura după fiecare alimentaţie la sân. Dacă copilul este alimentat artificial, medicamentul se poate dizolva în conţinutul biberonului. Copiii >4,5kg au nevoie de o doză dublă. Carobel® creşte vâscozitatea alimentelor. Dacă acest tratament nu are rezultate, unii experţi recomandă utilizarea Cisapridului (↑ tonusul sfincterului gastro-esofagian). Majoritatea se vindecă în 6-9 luni.

Distensia abdominală

Cauze: *Aer:* • Fecale impactate • Aer înghiţit • Malabsorbţie
Ascită: • Nefroză • Hipoproteinemie • Ciroză • Insuficienţă cardiacă congestivă
Formaţiuni solide: • Neuroblastom • Tumoră Wilms • Tumoră adrenală
Chisturi: • Rinichi polichistic • Hepatic; dermoid • Pancreatic

Hepatomegalia Infecţii: numeroase, de ex: mononucleoza infecţioasă, CMV.
Malignităţi: leucemie, limfom; neuroblastom (vezi mai jos).
Metabolic: boala Gaucher şi Hurler; cistinoza; galactosemia.
Altele: siclemie şi alte anemii hemolitice, porfiria.

Splenomegalia Toate cauzele de hepatomegalie de mai sus (cu excepţia neuroblastomului).

Neuroblastomul Este o tumoră cu un grad înalt de malignitate derivată din neuroblaştii simpatici. Prevalenţă: 1:6000-1:10.000. Un mod frecvent de prezentare este cu distensie abdominală. Se poate dezvolta la orice vîrstă pe parcursul copilăriei, însă prognosticul este mai bun şi există şi unele remisii spontane la cei <an (25% din pacienţi) precum şi la cei cu afecţiune în stadiul I şi II. Localizări metastatice: ganglionii limfatici, scalp, os (determinând pancitopenie şi leziuni osteolitice). În 92% din cazuri excreţia urinară de catecolamine (acid vanilmandelic şi homovanilic) va fi crescută. *Tratament:* excizie (dacă este posibil) şi chemoterapie (de ex, cu ciclofosfamidă şi doxorubicină).

Durerea abdominală recurentă Cel puţin 10% din copii >5ani suferă de durere abdominală recurentă care le interfereazǎ cu activităţile normale. Întrebarea este: există o cauză organică? La majoritatea nu se va găsi nici o cauză, dacă aceasta va fi căutată, însă aceasta nu trebuie să descurajeze o atitudine activă deoarece se pot pierde diagnositice importante precum boala *Crohn*[2], MMC, p.516, sau *ulcerul peptic* dar nici să ducă la un exces de zel şi la diagnosticul unor probleme funcţionale (în prezent considerate mai puţin importante însă trebuie totuşi avute în vedere; întreabă: cine este de faţă când apar durerile? Ce sau cine face ca durerile să diminueze?)[3]

Consideră următoarele cauze: refluxul gastro-esofagian (vezi mai sus), dismotilitatea intestinului subţire, gastrita, duodenita, malabsorbţia carbohidraţilor (ex, lactuloză, sorbitol). Rolul acestor afecţiuni este neclar la copii.

Cine trebuie investigat: Nu există reguli precise. Fii suspicios dacă durerea este neobişnuită din punctul de vedere al localizării, caracterului, frecvenţei sau severităţii.

1 L Kapila 1991 *Arch Dis Chi* 66 1270 2 IW Booth 1991 *Arch Dis Chi* 66 742 3 MS Murphy 1993 *Arch Dis Chi* 69 409

Anemia

Problema clinică. Eşti în faţa unui buletin de analiză care conţine rezultatele unei hemoleucograme complete (HC, FBC), şi care arată o valoare scăzută a hemoglobinei (Hb<11 g/dl, p.344). Cum vei proceda?

1 Fă o anamneză completă (notând călătoriile şi regimul alimentar). Fă un examen clinic complet.

2 Dacă volumul mediu corpuscular (MCV) este <70fl suspectează o deficienţă de fier sau o thalasemie. Elementele care sugerează o anemie prin deficit de fier sunt: regim alimentar de calitate inferioară, categorie socio-economică modestă, sângerare cronică, stomatită, koilonichie. Trăsăturile caracteristice ale persoanelor care suferă de thalasemie sunt: originea mediteraneană sau sud-asiatică, statură scundă, tegumente maronii, sclere icterice, abdomen destins (din cauza hepatosplenomegaliei), craniu boselat, maxilare proeminente (din cauza hiperplaziei măduvei hemato-formatoare).

3 Dacă MCV este >100fl suspectează o deficienţă de folat (bolnavul ia fenitoin, are un sindrom de malabsorbţie, p.212), sau o deficienţă de vitamina B_{12} (copilul este alăptat de o mamă vegetariană, nu are factor intrinsec, suferă de malabsorbţie sau este infestat cu helminţi). De asemenea se poate suspecta şi o hemoliză excesivă.

4 Dacă MCV este cuprins între 81 şi 97ft (normocitar) se poate suspecta o hemoliză sau insuficienţă medulară. Aceasta poate fi tranzitorie (după infecţii), sau cronică (în insuficienţa tiroidiană, renală sau hepatică). Aplazia medulară se poate instala după contactul cu toxine (de ex. cloramfenicol) sau poate fi moştenită (anemia Blackfan-Diamond şi Fanconi, p.839 şi 789).

5 Există anomalii ale formulei leucocitare sau ale numărului de leucocite. De exemplu, dacă numărul de eozinofile este mai mare de 400x109/l cauza anemiei poate fi pierderea de sânge din cauza infestării cu tenie.

6 Vezi apoi care este situaţia vitezei de sedimentare a eritrocitelor (VSH). Aceasta poate să indice o boală cronică.

7 Examinează frotiul de sânge, inclusiv numărul de reticulocite. Dacă este indicat, examinează şi în picătură groasă pentru malarie. Observă morfologia eritrocitelor. O microcitoză asociată cu hipocromie sugerează ADF (anemie prin deficit de fier). Eritrocitele sub formă de ţintă sugerează fie thalasemie, fie o boală hepatică.

8 Indică şi alte explorări, în funcţie de nevoi. Acestea pot include: măsurarea transferinei, teste de siclizare şi electroforeza hemoglobinei pentru siclemie (în special la negri), vitamină B_{12}, folatul eritrocitar.

Anemia prin deficit de fier. Este o formă răspândită de anemie (12% din copiii albi şi 28% din copiii de origine asiatică internaţi în spital suferă de o astfel de anemie). În general deficitul este moderat, dar deoarece QI şi performanţele SNC pot fi diminuate, este necesar ca această tulburare să fie tratată. Efectul comportamental cel mai important este că un copil cu deficit de fier este mai puţin fericit decât un copil care nu suferă de anemie. Cauza cea mai comună a acestei anemii este alimentară. În cazul unei anemii hipocrome recurente se va bănui o sângerare cronică (diverticul Meckel, sau esofagită). Tratamentul constă în administrarea de sirop de sulfat feros (60 mg/5ml) - 12 mg/8h la copiii sub 1 an, 24 mg/8h la cei de 1-5 ani, 40 mg/8h la cei de 6-12 ani.

Hemoliză. Solicită opinia unui expert şi încearcă obţinerea unui număr suficient de informaţii pentru a răspunde la următoarele 4 întrebări:

- Există date care să confirme o rată crescută de producţie a eritrocitelor? (Policromazie, reticulocitoză, hiperplazie medulară);
- Există o scurtare a duratei de viaţă a eritrocitelor? (Bilirubină crescută, haptoglobine scăzute);
- Există hemoliză intravasculară? (Hemoglobinurie);
- Există o eroare înnăscută de metabolism (deficit de G-6-PD), sferocitoză, sau este vorba de un defect dobândit (de obicei cu un test Coombs pozitiv)?

Siclemia la copii. MMC, p.588. Analgezia:

Mai întâi încearcă încălzire, hidratare şi analgezie orală (ibuprofen - 5mg/kg/6h PO, fosfat de codeină - 1mg/kg/4-8h PO, până la 3mg/kg/zi). Dacă acestea nu dau rezultate, se va administra morfină în perfuzie IV - 0,1 mg/kg. Încearcă o analgezie controlată de pacient. Începe cu 1mg/kg de morfină în 50 ml de dextroză 5% cu o rată de 1 ml/h, permiţând pacientului să folosească un bolus suplimentar de 1 ml când are nevoie. Evaluează un scor cu privire la sedare şi la respiraţie la fiecare 15 minute şi recomandă oximetrie radială dacă pacientul acuză dureri toracice sau abdominale[1].

---

[1] R Grundy 1993 *Arch Dis Chi* 69 256

Purpura la copii

Când un copil bolnav se prezintă cu purpură trebuie să existe suspiciunea de infecţie meningococică (şi trebuie să i se administreze penicilină - p.258), de leucemie sau de coagulare intravasculară diseminată (pentru care se va face un frotiu şi o numărătoare de leucocite). În cazul în care copilul se simte bine şi dacă nu există un istoric de traumatism, cauza purpurei o constituie fie purpura trombocitopenică idiopatică, fie purpura Henoch-Schönlein. Diagnosticul diferenţial între aceste două sindroame este uşor de făcut deoarece în purpura Henoch-Schönlein numărul de trombocite din circulaţie este normal. (Anemia aplastică este foarte rară.)

Purpura trombocitopenică idiopatică *Mod de prezentare:* debut acut, cu peteşii, hematoame şi leziuni purpurice. Rareori se observă şi gingivoragii, epistaxis sau rectoragie. În cazul în care astfel de sângerări sunt prezente şi importante, sau dacă se asociază limfadenopatie, hepatosplenomegalie sau pancitopenie este de presupus un alt diagnostic.

Explorări. Frotiul de sânge periferic pune în evidenţă doar o simplă trombocitopenie. PTI poate constitui un răspuns la o viroză, şi la copiii sub 1 an este util să se caute citomegalovirus - transmis congenital. De asemenea poate fi vorba de o infecţie cu virusul Epstein-Barr sau o limfocitoză. În mod normal nu este necesar să se practice o puncţie bioptică medulară, afară de cazul în care:

- Sunt prezente elemente neobişnuite; • Numărul de trombocite <30x10^9/l;
- Numărul de trombocite nu creşte după 2-3 săptămâni;
- Se consideră introducerea unui tratament cu steroizi.

Testele pentru punerea în evidenţă a anticorpilor anti-plachetari nu sunt utile. În cazul în care există simptome de lupus eritematos sistemic (care poate fi asociat) se vor încerca teste de legarea a ADN-ului.

Dacă există cefalee sau semne neurologice, poate fi necesară efectuarea unei tomografii computerizate pentru a exclude o eventuală hemoragie intracerebrală.

Evoluţia naturală: poate fi spre o rezoluţie gradată într-un interval de circa 3 luni, dar şi spre o evoluţie mai cronică (10-20% din cazuri au o durată de peste 6 luni). Forma cronică este compatibilă cu o longevitate normală şi cu activităţi cotidiene normale, cu condiţia evitării sporturilor violente.

Tratament. **1** Consideră spitalizarea în următoarele împrejurări:

- Simptome neobişnuite, inclusiv sângerare importantă;
- Circumstanţe sociale;
- Riscul de traumatism la domiciliu (fraţi/surori turbulenţi). Riscul de hemoragie intra-craniană este mai mic de 1%.

2 Se poate încerca un tratament cu steroizi timp de 2-3 săpt. (prednisolon, 0,25mg/kg/zi, PO), dar acesta pare să nu aibă alt efect decât o revenire mai rapidă la numărul normal de plachete la acei pacienţi la care numărul este scăzut. Mecanismul de acţiune ar putea fi de inhibare a fagocitozei plachetelor sensibilizate. Administrarea la intervale regulate a unor doze mari de metil-prednisolon în forma cronică a bolii pare să fie utilă, în special când este nevoie să se rezolve o urgenţă.

3 Administrarea de imunoglobuline nu pare să aibă avantaje clinice faţă de steroizi.

4 Splenectomia poate fi benefică pentru 2/3 din pacienţii cu formă cronică de PTI mai mari de 6 ani şi care suferă de această afecţiune de peste un an.

5 Transfuzia de plachete este indicată doar în acele cazuri rare în care survin hemoragii importante (eventual fiind asociată şi splenectomia).

Purpura Henoch-Schönlein. Copilul prezintă erupţie purpurică (pete purpurii care nu dispar la presiune, ceea ce indică o sângerare intradermică) manifestă adesea pe fese. La 1/3 din pacienţi poate coexista nefrită. De asemenea pot apărea dureri abdominale (suficient de severe uneori pentru a determina internarea ca "abdomen acut"), dureri articulare. Tulburarea, în aceste cazuri de purpură H-S este la nivelul vaselor. Plachetele sunt normale. Adesea fenomenele apar după o infecţie a căilor respiratorii, urmând o evoluţie benignă care poate dura săptămâni sau luni. Complicaţiile includ hemoragie gastrointestinală masivă, ileus, hemoptizie (rareori) şi insuficienţă renală (de asemenea rară).

Infecţiile căilor respiratorii superioare

Stridor şi epiglotită. ▶▶Stridor-ul acut este un fenomen extrem de impresionant, care înspăimântă copilul. Teama îl face pe copil să hiperventileze, ceea ce va agrava simptomele. Cauzele stridor-ului sunt descrise la p.634. Principalele cauze care trebuie deosebite sunt epiglotita şi crupul viral (vezi tabelul de mai jos).

Explorări. O radioscopie laterală a gâtului poate pune în evidenţă o epiglotă de volum mărit (dar nu insista pentru efectuarea ex. radiologic dacă acest lucru irită şi mai mult copilul).

Conduita în cazul suspiciunii de epiglotită copilul suspect de epiglotită va fi însoţit de medic în drumul spre spital deoarece căile aeriene pot fi complet obstruate în orice moment.

▶*Evită examenul faringelui.* Aceasta poate precipita obstrucţia completă. La spital solicită sprijinul celui mai competent anestezist pentru a face un diagnostic cu ajutorul laringoscopului. Dacă aspectul este de epiglotită (epiglotă umflată, de culoare cireşie) se va considera intubarea electivă, fără să se aştepte până la instalarea obstrucţiei complete (tubul endotraheal va avea un diametru mai mic decât cel ce corespunde vârstei pacientului). Se face o hemocultură. Cauza epiglotitei este adesea infecţia cu *Haemophilus influenzae,* tip b, fiind prevalente tulpini rezistente la ampicilină (dar mai puţin rezistente la cloramfenicol). Cel mai sigur este ca în tratamentul iniţial să se folosească o cefalosporină de generaţia a 3-a (cefotaxim 1-2 g/8h IV la adult sau 25-50mg/kg/8h IV, la copil). Adesea se dă hidrocortizon (1-2 mg/kg/6h, IV), dar valoarea acestui tratament nu a fost dovedită. Extubarea se poate face după 24 de ore (sau mai mult, în cazul în care se stabileşte diagnosticul de laringo-traheobronşită stafilococică, când ar trebui să se administreze şi flucloxacilin - 50 mg/kg/6h, IV).

Crupul viral[1]	**Epiglotită (supraglotită)**
Se instalează în câteva zile	Debut brusc
Stridor doar când copilul este agitat	Stridor continuu
Stridorul are un sunet aspru	Stridorul este mai puţin aspru
Vocea este răguşită	Vocea este înfundată, şoptită
Tusea este lătrătoare	Tusea nu este marcată
Probabil afebril	Stare toxică, febril (peste 39°C)
Poate să înghită secreţiile orale	Secreţiile se scurg din gură

Notă: diferenţele sunt greu de sesizat deoarece nu sunt nete. Dacă ai îndoieli internează copilul în spital.

Crup. Epidemiile de crup apar toamna şi primăvara. Cauzele sunt: virusul parainfluenţei (tipurile 1, 2 şi 3), virusul respirator sinciţial, rujeola. Simptomele sunt determinate de edemul subglotic, inflamaţie şi exsudat.

În majoritatea cazurilor *tratamentul* se face la domiciliu. Un mediu cald şi umed este favorabil, dar corturile cu ceaţă înfricoşează copiii şi hiperventilarea determinată de teamă face să crească insuficienţa. Intervenţia trebuie să fie minimă, dar copilul trebuie observat foarte atent, de preferinţă de către o soră foarte competentă. Trebuie să urmărim agitaţia, tahicardia, tahipneea, tirajul accentuat, oboseală şi somnolenţă. În acest caz se va face intubaţie sub anestezie generală. Administrarea de adrenalină (1:1 000-5 ml) cu nebulizatorul poate ajuta.

Difteria. Suspectează diagnosticul de difterie la pacienţii nevaccinaţi la care apare o boală febrilă acută, însoţită de dezvoltarea unui exsudat amigdalian aderent (pseudomembrană), care se poate extinde la palat, la uvula şi la nasofarinx.

Boala este cauzată de toxina bacilului pleomorf Grampozitiv, *Corynebacterium diphtheriae*. Alte *semne clinice:* faringe dureros, dificultate la deglutiţie, voce înfundată. Bronhopneumonia şi obstrucţia căilor aeriene sunt precedate de o tuse metalică (difterie laringo-traheală). În difteria nazală se observă o secreţie nazală şi excorierea buzei superioare. În cazul în care tahicardia este disproporţionată în raport cu febra se poate suspecta apariţia unei miocardite indusă de toxina difterică. Monitorizare cu ECG frecvente. Mai poate surveni şi paralizia motorie a palatului.

Diagnosticul se pune pe baza frotiurilor recoltate din depozitul submembranar.

Tratamentul constă din administrarea antitoxinei difterice - 10.000-30.000U IM - indiferent de vârstă. Administrează o mică doză-test. Antibioticele sunt mai puţin utile (încearcă penicilină G sau eritromicină, p.328-30). Pacientul se va izola până când se obţin 3 culturi succesive negative la intervale de câte 48 de ore.

Prevenire p.245 Cei născuţi înainte de 1942. Cei care vizitează Rusia şi Ucraina (unde se întâlnesc numeroase cazuri) şi care se găsesc în *contact strâns* cu populaţia locală vor avea nevoie de o doză *redusă* primară: 0,1ml IM de vaccin pediatric cu un singur antigen - 3 doze administrate la intervale de câte o lună. Se face o injecţie de rapel (0,1 ml, IM) la cei a căror imunizare primară s-a făcut în urmă cu 10 ani. Explică celor în cauză că această imunizare poate să nu dea rezultate. În prezent este disponibilă o nouă formulă cu doză mică. Materiale pentru testul Schick nu mai există.

Faringita Vezi p.632. **Coriza** Vezi MMC, p.206.

---

1 A Edmundus 1989 Prescribers J 29 192

Infecţiile căilor respiratorii inferioare

OMS raportează că în fiecare an circa 3 milioane de copii mor din cauza infecţiilor respiratorii acute. În cazul în care eşti confruntat cu un copil grav bolnav trebuie să te gândeşti la TBC sau la HIV (pneumocystosis MMC, p.342)

Tusea cronică. Gândeşte-te la: TBC, pertussis, corp străin, astm, fumat.

Bronşiolita acută. Este cea mai obişnuită infecţie a căilor respiratorii inferioare în copilărie. Simptomele de coriză precedă instalarea tusei, odată cu subfebrilitate, tahipnee, respiraţie şuierătoare (recesiunea musculaturii intercostale şi cianoză dacă este vorba de o infecţie severă). În timpul iernii această afecţiune este de obicei determinată de o epidemie de viroză respiratorie sinciţială, care poate fi diagnosticată cu ajutorul metodelor de imunofluorescenţă pe preparate din secreţiile nazo-faringiene. Alte cauze: micoplasma, parainfluenza, adenovirusuri. Copiii sub 6 luni sunt în mod deosebit vulnerabili. Se vor efectua următoarele explorări: RXT (poate evidenţia hiperinflaţia plămânilor), HC, gaze sanguine.

Tratamentul. Dacă infecţia este severă se va îngriji copilul într-o atmosferă care conţine 40% oxigen şi se va administra ampicilină şi flucloxacilină - ambele în doze de 25 mg/kg/6h IV, pentru a preveni infecţiile bacteriene. Circa 5% din pacienţi necesită ventilare (mortalitate de aprox. 1% - dar care creşte până la 1/3 din cazuri la pacienţii cu boală cardiacă congenitală simptomatică). Cei cu gradul cel mai înalt de risc (boli cardiace congenitale şi fibroză chistică) vor beneficia de tratament cu ribavirin administrat prin nebulizare (aerosoli).

Pneumonia poate surveni la orice vîrstă, pacientul prezentând febră, stare generală rea, dificultăţi de alimentare, tahipnee şi cianoză. La auscultare se percep raluri crepitante şi respiraţie bronşică (care trece neobservată). La RXT se constată consolidarea ţesutului pulmonar (bloc). Apariţia de cavităţi indică tuberculoză sau abces stafilococic. Înainte de a începe un tratament "orb" cu antibiotice sunt necesare uro- şi hemoculturi. Tratamentul antibiotic se face cu penicilină G - 25 mg/kg/4h IV + etilsuccinat de eritromicină sub formă de sirop (250 mg/5ml) - 5 ml/12h PO la copii mai mici de 2 ani, 10 ml/12h la copii între 2 şi 8 ani. În cazul unei boli severe se vor dubla dozele. Poate fi necesară administrarea de oxigen sub presiune.

Unele din cauzele pneumoniei sunt: pneumococul, hemofilus, stafilococul, micoplasma (de unde şi recomandarea utilizării eritrocimicinei), tuberculoza, virusuri.

Tuberculoza pulmonară. ▶Se va suspecta o infecţie tuberculoasă dacă este vorba de copii din străinătate sau dacă sunt HIV-pozitivi. *Aspectele clinice:* anorexie, subfebrilitate, dezvoltare deficitară, stare generală rea. Tusea este un element obişnuit, dar poate lipsi. *Diagnosticul* se face cu ajutorul testului la tuberculină (p.245), al culturilor şi al examenului de spută cu coloraţia Ziehl-Neelsen (3 culturi pozitive consecutiv). Examinează aspiratul gastric. Examenul radiologic va releva existenţa de cavităţi, a blocurilor pulmonare (consolidare), sau un aspect de tuberculoză miliară (o dispersie de puncte albe pe imaginea radiologică). Tuberculoza miliară este rară dar gravă. *Tratament.* Solicită opinia unui expert. Exemplu de regim medicamentos pentru o perioadă de 6 luni: isoniazida -15 mg/kg, PO, 3 x/săpt. + rifampicin 15 mg/kg, PO, 3 x/săpt. + pirazinamida - 50 mg/kg, PO, 3 x/săpt (doar primele 2 luni). Controlează funcţiile renale şi hepatice înainte şi în timpul tratamentului. Dacă se observă o creştere a concentraţiei bilirubinei se va întrerupe rifampicina. Isoniazida poate provoca neuropatii (se va administra în acelaşi timp piridoxină). ▶Explică familiei necesitatea unui tratament prelungit. Atenţie la rezistenţa multiplă faţă de medicamente: MMC, p.199.

Tusea convulsivă *(Bordetella pertussis)* este adesea diagnosticată greşit. Este caracterizată de accese de tuse care se termină prin vomismente şi care sunt mai severe în timpul nopţii şi după alimentare. Diagnosticul este facilitat dacă se asociază cianoza. Şuieratul este provocat de inspiraţia forţată împotriva unei glote închise. Diferenţierea de pneumonie, astm, bronşită şi bronşiolită este facilitată de absenţa (în mod obişnuit) a febrei >38,4°C şi a wheezingului.

Diagnostic: Culturile nu sunt satisfăcătoare (organismul moare adesea pe drum către laborator). Testarea directă cu anticorpi fluorescenţi pe aspirate nazo-faringiene este specifică dar nu este sensibilă. Limfocitoza absolută este comună. Perioada de incubare este de 10-14 zile.

Complicaţii. În mod obişnuit boala durează peste trei luni. Accesele de tuse pot provoca hemoragii conjunctivale şi leziuni ale SNC. Poate surveni decesul, în special la sugari, iar ulterior se poate dezvolta bronşiectazie.

Tratament şi prevenire. Eritromicina, co-trimoxazolul, salbutamolul şi steroizii nu s-au dovedit a fi foarte eficace nici pentru tratament şi nici pentru prevenirea bolii. Eritrocmicina (vezi mai sus) este folosită adesea la prsoanele care riscă să expună sugari la infecţie, deşi nu s-a dovedit că această atitudine ar fi benefică. *Imunizare - p.208.* Copiii mai mici de 6 luni vor fi internaţi. Riscul este de apnee.

Insuficienţa renală

Insuficienţa renală acută Este caracterizată esenţialmente de o creştere rapidă a concentraţiei de potasiu şi uree, adesea asociată cu anurie (sub 100 ml/zi) sau oligurie (sub 200 ml/mp/zi), şi cu creşterea presiunii arteriale.

Cauze:
Obstrucţia căilor genito-urinare
Toxine (sulfonamide)
Glomerulonefrită MMC, p.380
Hemoglobinurie, mioglobinurie

Necroza tubulară acută poate fi determinată *de:*

- sindromul de strivire
- deshidratare
- septicemie
- arsuri
- şoc
- malarie

Biochimia plasmei în insuficienţa renală. Potasiul, ureea şi fosforul (fosfaţi) cresc, calciul, sodiul şi clorul scad.

MSU (sumar urină). Există cilindrii eritrocitari? Dacă nu se văd eritrocite dar urina este pozitivă pentru sânge se va considera posibilitatea unei hemo- mioglobinurii.

Alte explorări: ECG, osmolaritate serică şi urinară, cretinina, echilibrul acido-bazic, PCV, plachete, studii de coagulare (CID), C3, titrul ASO, ANA.

Radiologie. Examen ultrasonografic abdominal. Uretere dilatate? Litiază? Dacă se confirmă, este necesară intervenţie chirurgicală de urgenţă.

Tratament. • Starea de şoc şi deshidratarea se vor trata de urgenţă (p.292).

• Dacă raportul de osmolaritate urină-plasmă este mai mare de 5 rinichiul concentrează bine şi oliguria va răspunde bine la rehidratare.

• Dacă raportul este mai mic de 5 se va încerca diureză: furosemid, 1,5 mg/kg IV lent, max. 20 mg/zi.

• Dacă presiunea arterială este crescută se administrează nitroprusiat (p.358).

• Evaluează necesităţile de lichide/24 h. Evită hiperhidratarea. Înlocuieşte pierderile + pierderile insensibile (12-15 ml/kg). Încearcă să obţii o reducere de greutate (0,5%/zi).

• Nu se dă potasiu. Se va monitoriza ECG - prezenţa undelor T înalte şi a unui complex QRS estompat presupune o reducere imediată a potasiului folosind: **1** glucoză (4 g/kg) cu insulină solubilă (1U/4 g glucoză) în perfuzie, în 2h; **2** resonium A®- 0,5 g/kg, PO; **3** gluconat de calciu 10% - 0,5 ml/kg IV în 5 minute; monitorizează ECG şi opreşte perfuzia IV dacă ritmul cardiac scade - în acest fel este contracarat efectul electrofiziologic al hiperpotasemiei.

• Se va asigura o dietă hipercalorică şi hipoproteică pentru a reduce catabolismul.

• Indicaţii de dializă: potasiu >7 mmoli/l; uree >40 mmoli/l; HCO_3 <13 mmoli/l; hipertensiune cu evoluţie severă; hiperhidratare.

- Monitorizează presiunea arterială. Ameliorarea începe odată cu reluarea diurezei.

Insuficienţa renală cronică. *Cauze:* infecţiile căilor urinare, pielonefrita, glomerulonefrita.

Aspecte clinice: stare de slăbiciune, oboseală, vomismente, cefalee, agitaţie tresăriri musculare, retinopatie hipertensivă, convulsii, comă.

Tratament: • Corectează dezechilibrele hidro-electrolitice.

- Dacă presiunea diastolică este mai mare de 100mmHg se va folosi propranolol (10-20 mg/8h, PO).
- Vitamina D (50 nanograme/kg/zi, PO) - utilă pentru reducerea excreţiei de fosfat şi pentru stimularea absorbţiei de calciu, contribuind la prevenirea rahitismului renal.
- Discută cu un expert pentru : hemodializă, transplant renal, tratament cu hormon de creştere.

Sindromul uremic hemolitic este *caracteriat* de anemie hemolitică microangiopatică, trombocitopenie, insuficienţă renală şi deteriorarea endoteliului capilar. *Vârsta* la care apare este între 3 luni şi 3 ani, uneori sub formă de epidemie provocată de citotoxina *E.coli.* Diareea nu este totdeauna prezentă.

Alte cauze: Shigella, HIV, SLE (lupus eritematos sistemic), medicamente, tumori, sclerodermie, hipertensiune arterială.

Aspecte clinice: colită - hemoglobinurie - oligurie şi simptome neurologice - encefalopatie - comă. LDH şi număr de leucocite crescute. Testul Coombs negativ, Ht↓. Apar în circulaţie eritrocite fragmentate.

Mortalitate 5-30%. Unii pacienţi au numeroase recăderi ajungând la o situaţie care nu poate fi diferenţiată de purpura trombotică trombocitopenică.

Tratament. Se va trata insuficienţa renală (vezi mai sus). Nu există date care să confirme efecte pozitive ale agenţilor fibrinolitici sau anticoagulanţi. Uneori se foloseşte plasmă proaspătă îngheţată. Recăderile caracteristice PTT pot fi prevenite prin administrarea de steroizi sau vincristină, sau prin splenectomie.

Nefrita acută şi nefroza

Nefrita acută este esenţialmente caracterizată de hematurie şi oligurie (asociate sau nu cu hipertensiune şi uremie). Afecţiunea este produsă de un mecanism imun la nivelul rinichiului.

Cauze: cel mai adesea este vorba de o infecţie cu streptococ betahemolitic, infecţie faringiană care precedă cu circa 2 săptămâni glomerulonefrita acută. Alte cauze includ: • purpura Henoch-Schönlein; • boala Berger; • infecţii: virale, sifilis, SBE; • intoxicaţii cu metale grele, toxine; • boli maligne; • tromboza venei renale.

În forma necomplicată pacientul (cel mai adesea în jurul vârstei de 7 ani) se prezintă cu hematurie şi oligurie. În 50% din cazuri există hipertensiune asociată. Bolnavii mai pot prezenta: edem periorbital, febră, tulburări gastrointestinale, durei lombare.

Complicaţii: **1** encefalopatie hipertensivă (agitaţie, somnolenţă, cefalee rebelă, convulsii, tulburări de vedere, vomismente, comă); **2** afectarea cordului (ritm de galop, insuficienţă cardiacă, cardiomegalie, edem pulmonar); **3** uremie (acidoză, secuse musculare, stare stuporoasă, comă).

Explorări: examen microscopic al urinei (eritrocite şi leucocite, cilindri hialini, celulari şi granulari - cilindrii care conţin eritrocite indică prezenţa sângerării la nivel glomerular). În contrast de fază pot fi puse în evidenţă eritrocite cu forme anormale - tot un indiciu de sângerare glomerulară. Aceste modificări pot să nu fie prezente de la început. În urina colectată timp de 24 de ore se vor determina proteinele şi clearence-ul creatininei. Se fac uroculturi şi se determină greutatea specifică a urinei (normal: la nou-născut = 1 012; la sugar = 1 002-1 006; la copil şi adult? 1 001-1 035).

• Explorările sanguine vor include: uree sanguină (crescută la 2/3 din cazuri), VSH crescut, acidoză. Fracţiunea complementară C3 este adesea scăzută la 2-8 săpt. după debut (dar aceasta nu se observă în purpura Henoch-Schönlein. Titrare ASLO, factor antinuclear, serologie pentru sifilis, hemocultură, explorare virologică.

• Alte teste: ecografie renală, biopsie renală - se vor verifica plachetele, coagularea şi IVU (pacientul are ambii rinichi? se va cere consimţământul părinţilor).

Tratament: în faza de oligurie se reduc proteinele. Penicilină - 10mg/kg/4h, IV în primele câteva zile, apoi PO timp de 3 luni pentru a preveni alte infecţii cu streptococ. Măsoară frecvent presiunea arterială. Tratează hipertensiunea severă (p.358). Pentru tratamentul encefalopatiei utilizează nitroprusiat (0,5-8 µg/kg/min în perfuzie IV (vezi p.358).

Sindromul nefrotic (nefroza) este caracterizat de edem, proteinurie (4g/24h), hipoproteinemie cu sau fără hipercolesterolemii. În 90% din cazuri nu se poate identifica originea bolii, dar oricare din cauzele nefritei (vezi mai sus) poate să determine şi apariţia nefrozei. Din punct de vedere histologic modificările sunt minime.

Nefrita acută şi nefroza

Aspecte clinice: anorexie, tulburări gastrointestinale, infecţii iritabilitate, edeme periorbitale şi genitale, ascită, oligurie.

Urina are un aspect spumos, albuminos şi poate să conţină cilindri. Sodiul este scăzut (hiperaldosteronism secundar).

În sânge se constată o scădere a albuminei şi a calciului total. Ureea şi creatinina sunt de obicei normale.

Biopsia renală se va face doar la copiii mai mari ca vârstă, şi la pacienţii care au hematurie, hipertensiune, uremie, sau dacă pierderile de proteine afectează toate categoriile (proteine cu greutate moleculară mare şi mică). În fine, biopsia renală se va efectua şi în cazurile în care tratamentele nu au dat rezultate.

Complicaţii. Peritonită pneumococică şi alte infecţii.

Tratament. Încearcă limitarea edemelor cu o dietă hiperproteică (3 g/kg/24h), prin reducerea sodiului (mai puţin de 50 mmoli/24h). Consideră posibilitatea utilizării unui diuretic - furosemid (1-2 mg/kg/24h, lent IV sau PO) asociat cu spironolactonă (1,2 mg/kg/12h PO). În cazul în care modificările sunt minime se va da prednisolon 3 mg/kg/24h, PO (dar nu se va administra dacă este în incubaţie de varicelă!). Se reduce cu 1 mg/kg la fiecare 10 zile. Ciclofosfamida poate de asemenea să aibă efecte bune (atenţie la efectele secundare: cistită hemoragică, leucopenie, pierderea părului, infertilitate).

Traumatismele neaccidentale

Traumatismele sistematice au fost, până nu de mult, o caracteristică endemică a culturii noastre (biciuire pentru comportare proastă, chiar la copii de 8 ani[1]). În unele spitale se prezintă aproape zilnic copii care au fost maltrataţi. Maltratarea poate fi de natură fizică, sexuală, emoţională, sau poate fi rezultatul neglijenţei. *Factorii de risc* sunt: greutatea la naştere mai mică de 2500g, vârsta mamei sub 30 de ani, sarcină nedorită, stres, clasă socială de tip IV sau V.

Se va suspecta maltratarea dacă: • Este menţionată de copil • Istoricul nu este credibil

- Prezentare tardivă, eventual la un medic necunoscut
- Adultul care însoţeşte copilul nu este părintele acestuia
- Se fac eforturi pentru a evita un examen complet
- Leziuni inexplicabile sau fracturi la nivelul feselor, perineului sau ale feţei. Uneori frenulum poate să se rupă din cauza zguduiturilor. Trebuie să examinezi ochii pentru a vedea dacă nu s-a produs hemoragie retinală sau în corpul vitros, dislocarea cristalinului. Atenţie la fontanelele proeminente. Măsoară circumferinţa capului (care poate să fie mai mare) şi consideră posibilitatea hemoragiei în LCR. *Alte semne indicatoare* pot fi arsurile făcute cu ţigara, urme liniare de biciuire - caută urmele unei catarame de curea, sau bucla pe care o poate face un cablu electric. Atenţie la copilul cu hematoame şi *imobil*, la semnele de sufocare.

Probleme imponderabile. Deşi nu sunt de natură medicală acestea trebuie considerate deoarece medicul nu este un simplu tehnician şi respectivele probleme vor influenţa atitudinea noastră, modul în care vom reacţiona faţă de maltratarea copiilor şi modul în care restul societăţii percepe rolul medicului. Aceste probleme sunt:

- Este posibil ca *dovedirea* abuzurilor să aibă un efect mai destructiv decât abuzul în sine?[2]
- Este mai bine pentru copil să fie iubit şi bătut decât nici una nici alta?
- Este oare ajutorul familiei lărgite mai de dorit decât aplicarea legii?
- Este posibil ca părinţii să depăşească criza dacă maltratarea este scoasă la lumină şi li se oferă ajutor?

Aminteşte-ţi că primul scop este să se prevină leziunile organelor şi crima. Dacă acestea reprezintă un pericol real ▶*ia imediat legătura cu asistentul social,* în vederea emiterii unui ordin de protejare. Oferă ajutorul tău părinţilor. Învaţă să asculţi, lăsând acuzaţiile şi pedeapsa pe seama judecătorilor. Află care este politica locală şi rutele prin care se ia legătura cu autorităţile. Aminteşte-ţi că adesea datoria ta nu este să pui diagnosticul de maltratare a copilului, ci să identifici un abuz *posibil*, şi apoi să obţii ajutorul necesar.[3]

Maltratarea sexuală. Aceasta poate fi prevenită prin educaţie preşcolară despre siguranţa personală, şi cum să se spună NU. Odată ce un copil face o astfel de afirmaţie de obicei este de crezut că reflectă adevărul. Conformează-te atitudinilor locale. Informează serviciile sociale. Dacă nu o faci, pune-ţi întrebarea cu cine devii complice. Probele de medicină legală (fire de păr pubian, secreţii vaginale) vor fi recoltate de un expert care ştie cum să procedeze, evitând un al doilea viol. O boală venerică prepuberală înseamnă că a survenit un abuz sexual, până când se dovedeşte contrariul. Se pune problema dacă un astfel de abuz provoacă daune psihologice. Este imposibil să fim siguri. Deşi morbiditatea este crescută acest lucru poate să reflecte evenimente anterioare care au dus la abuz (variabile confundante, absenţa mamei, tată vitreg) şi care presupun, ele înşile, o morbiditate ulterioară.[4]

Ce trebuie să facă medicul generalist în astfel de împrejurări

- Să ia legătura cu autorităţile şi să înregistreze copilul pe lista copiilor cu risc
- Să interneze copilul într-o instituţie corespunzătoare
- Să continue să sprijine părinţii şi să ocrotească fraţii sau surorile pacientului
- Prevenire - să încurajeze împărtăşirea impulsurilor, şi nu acţiunea directă
- Participare la o reuniune cu lucrătorii sociali, pediatrii şi poliţie pentru a decide asupra măsurilor de luat. Nu se ştie dacă astfel de reuniuni sunt cel mai bun mod de a decide deoarece nu toţi membrii lor cunosc familia.

---

1 *The Times* 18 March 1861

2 K Hulme 1984 *Bone People*, Spiral

3 RM Morton and BM Phillips 1992 *Accidents and Emergencies in Children*, OUP

4 A Weiner 1991 *BMJ* ii 415

Sindromul morţii subite a sugarului

Sindromul morţii subite a sugarului este principala "cauză" de deces la copiii între 1 şi 12 luni. De fapt caracteristica principală a acestui sindrom este absenţa oricărei cauze identificabile a decesului (după o autopsie completă).

Epidemiologie. Incidenţa cea mai mare este între 1 şi 4 luni. Incidenţa este mai mare la clasele inferioare din punct de vedere socio-economic, la fumătorii pasivi, copii de sex masculin, copii prematuri, în perioada de iarnă, în cazul în care coexistă infecţii minore ale căilor respiratorii superioare.

Ipoteze. Aceste decese au fost adesea atribuite unei sufocări mecanice directe - provocată de perne, sau de pisica familiei. Se ştie însă că astfel de decese sunt la fel de obişnuite şi la familiile care nu au pisică, şi în care leagănul copilului nu avea pernă. Până în prezent nu s-a putut identifica o singură cauză care să explice toate decesele de acest fel. Au fost însă propuse următoarele:

Apnee obstructivă: inhalare de lapte; edem al căilor respiratorii; colaps faringian.

Apnee centrală: stimulare deficitară a CO_2; prematuritate; glioza trunchiului cerebral.

Alte cauze: virusuri; hipertermie (şoc termic); imaturitate diafragmatică; fumat pasiv.

Principalele aspecte asupra cărora se concentrează eforturile de prevenire sunt hipertermia şi fumatul pasiv. Riscul pe care-l comportă fumatul pasiv este dependent de doză, şi adesea dublează riscul. Faţa este o zonă importantă pentru pierderea de căldură - şi se ştie că incidenţa acestui sindrom este de 5-10 ori mai mare la copiii care dorm cu faţa în jos. ▶Se recomandă deci ca sugarii să doarmă pe spate (afară de cazul în care au reflux gastro-esofagian, sindrom Pierre Robin sau scolioză).[1] Se fac următoarele recomandări[2]:

- să nu se supraîncălzească camera copilului. Temperatura adecvată este 16-20°C;
- să nu se folosească prea multe aşternuturi şi să evite pilotele dacă este vorba de un copil sub 1 an;
- dacă sugarul este bolnav sau febril să consulte imediat medicul - nu să adăuge mai multe aşternuturi;
- picioarele copilului trebuie să se afle la marginea patului pentru a se evita migrarea pe sub aşternut;
- în timpul somnului se vor evita dispozitivele de încălzire, buteliile cu apă caldă, păturile electrice etc., afară de cazul în care temperatura camerei este foarte scăzută. Copilul trebuie învelit atunci când este scos iarna din casă;
- copii mai mari de 1 lună nu trebuie să stea la aceeaşi temperatură la care stau în secţiile de pediatrie din spital.

Autopsia nu relevă nimic semnificativ. Elementele observate (hemoragii peteşiale pleurale, pericardice sau timice, ca şi prezenţa vomismentelor în trahee) pot fi elemente ale agoniei. Cauzele care trebuie excluse sunt meningococemia, epiglotita şi defectele cardiace.

Cum poate ajuta familia medicul generalist în prima zi.

- Vizită la domiciliu pentru a exprima condoleanţe, subliniind faptul că nimeni nu este vinovat.
- Explicarea necesităţii autopsiei şi a anchetei post-mortem. Părinţii trebuie să identifice corpul.
- Poate fi necesar studiul aşternutului pentru a ajuta la clarificarea cauzei decesului.
- Nu trebuie suprimată automat lactaţia deoarece continuarea acesteia poate fi un element consolator.
- Mulţi părinţi nu doresc să ia anxiolitice, dar solicită hipnotice.
- Internează geamănul în spital deoarece gemenii au un risc crescut.

Ulterior. Informează părinţii asupra posibilelor reacţii (sentiment de vinovăţie, de furie, pierderea poftei de mâncare etc.). Cere să-ţi fie comunicat rezultatul autopsiei şi străduieşte-te să-l explici corect părinţilor. Oferă părinţilor posibilitatea să consulte un pediatru. Aceasta îi va ajuta şi încuraja. Părinţii pot să considere că un sistem electronic de alarmă la apnee poate fi util pentru alţi copii pe care îi vor avea. Întreabă părinţii dacă doresc să se alăture unui grup de auto-ajutorare.[3]

---

1 G De Jonge 1989 *BMJ* i 722
2 DoH advice 1993 PL/COM (93) 4
3 Cot Death Support & Research

Testul Denver pentru evaluarea dezvoltării

Copiii mai mici pot fi examinaţi în timp ce stau în poala mamei. Explică mamei că nu este de aşteptat ca fiecare test să fie încununat de succes. Începe cu testele cele mai simple şi foarte uşoare. Continuă încet.

Materiale folosite în cadrul testului: ghem de lână roşie, cutie cu struguri, sunătoare cu mâner, sticluţă, clopoţel, minge de tenis, 8 cuburi.

Efectuarea testului. Se trage o linie verticală corespunzătoare vârstei cronologice a copilului pe graficul de la p.290. Dacă copilul a fost prematur se vor scădea lunile de prematuritate din vîrsta cronologică.

- Se vor efectua testele care corespund liniei. Testul va fi făcut de un părinte dacă copilul doreşte astfel.
- Imposibilitatea de a trece unul din teste care a fost trecut de 90% din ceilalţi copii poate sau nu să aibă o semnificaţie anormală. Observă cum se simte copilul în timpul testului.

Note la test (vezi colţul de sus al compartimentelor testelor de la paginile 290-291).

1. Când este întins pe burtă îşi ridică capul sprijinindu-se pe antebraţe (±mâini)
2. Când este ridicat de mână din poziţie culcată în poziţie şezândă capul nu atârnă
3. Copilul poate folosi peretele sau o balustradă ca să se ajute (dar nu o persoană)
4. Aruncă mingea spre examinator
5. Sare o distanţă (peste o foaie de hârtie A4)
6. Merge înainte, cu câlcâiul la o distanţă de 2-3 cm de vârful celuilalt picior
7. Trebuie să prindă o minge care sare. Permiteţi 3 încercări
8. Merge înapoi
9. Legănaţi ghemul de lână încet în faţa ochilor. Trebuie observat dacă ochii se mişcă 90 de grade spre linia mediană
10. Apucă zornăitoarea când mânerul îi atinge degetele
11. Caută ghemul de lână când acesta dispare din câmpul vizual (în spatele mesei)
12. Apucă boaba de strugure între police şi index
13. Apucă de sus boaba de strugure între police şi index
14. I se ordonă: Copiază asta (un cerc) (fără să i se numească sau să i se demonstreze)
15. Care linie este mai lungă (se întoarce invers şi se repetă)
16. Copiază asta (o cruce). Liniile se pot încrucişa în orice unghi
17. Copiază asta (un pătrat). Dacă nu reuşeşte i se poate arăta.
18. Două braţe, sau doi ochi, sau două picioare contează ca o parte
19. Numeşte imaginile de la baza graficului

20. Dă cubul mamei, pune-l pe masă (fără gesturi)

21. Să răspundă la 2/3 din: ce faci dacă-ţi e frig/foame, dacă eşti obosit

22. Pune asta pe/sub/în faţă/în spatele scaunului (fără gesturi)

23. Să răspundă la 2/3 din: focul e fierbinte/gheaţa e...; mama este femeie,/tata este ... un cal este mare/un şoarece este...

24. Defineşte 6 din 8: minge, lac, birou, banană, perdea, gard viu, pavaj. Se va indica verbal că s-a înţeles

25. Va răspunde la 3/3 din ce este făcută lingura/gheata/uşa

26. Zîmbiţi, vorbiţi sau faceţi semne pentru a obţine un zâmbet (trei tentative). (Nu atingeţi)

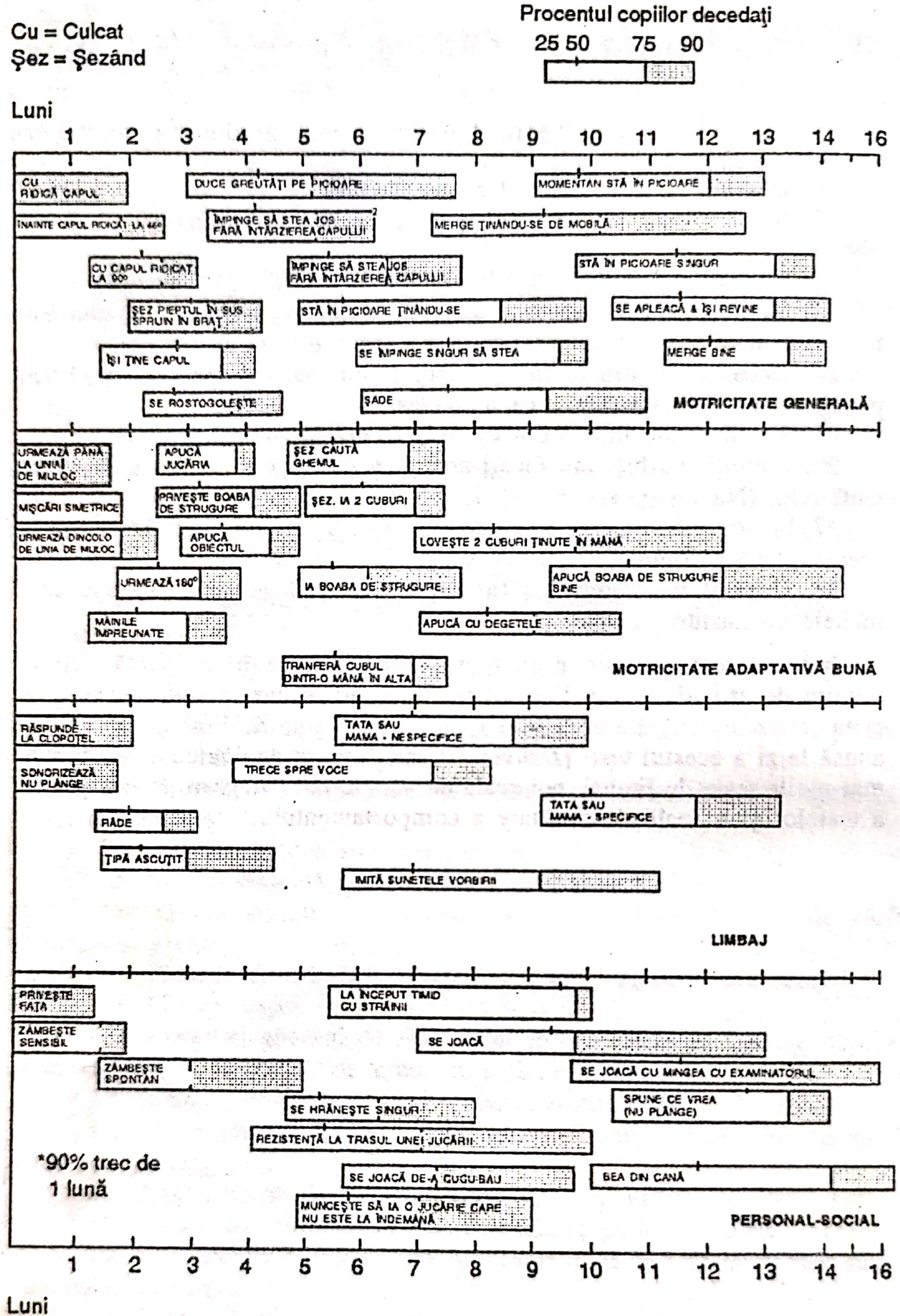
27. În timp ce se joacă cu o jucărie încercaţi să i-o luaţi. Treceţi peste aceasta dacă se opune

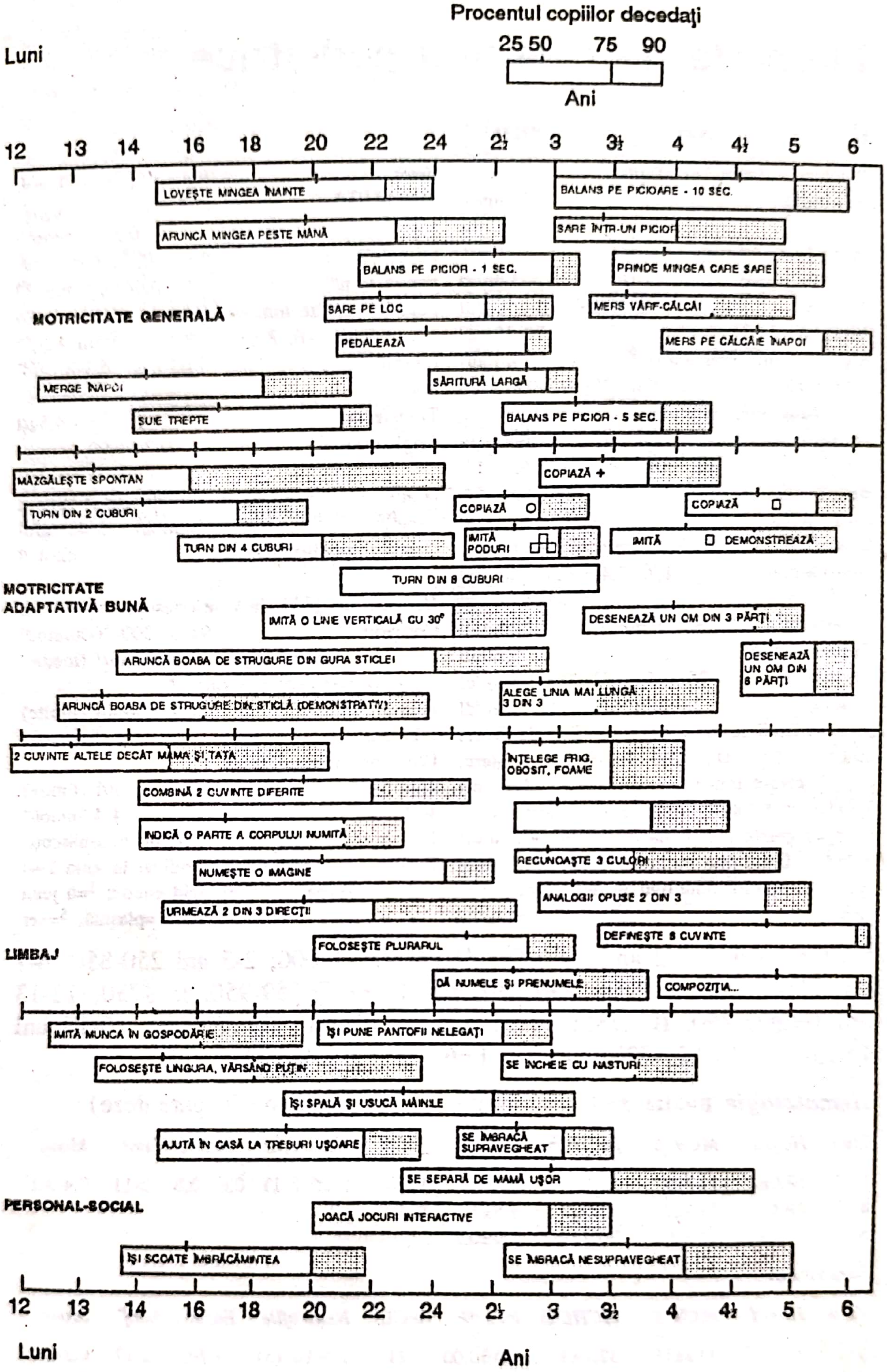
28. Copilul nu trebuie să fie capabil să-şi lege şireturile sau să-şi încheie un nasture la spate

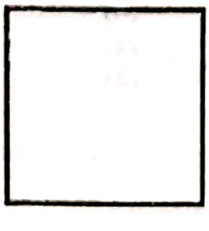
▶Acest test nu este prea bun pentru a pune în evidenţă deficite minore de articulaţie sau lingvistice. În cazul în care se suspectează aşa ceva se va lua leagătura cu un expert în probleme de limbaj. O versiune adusă la zi a acestui test *(Denver II)* este în curs de evaluare. Ea conţine mai multe teste de limbaj, noi scale de vârstă, noi categorii de interpretare a testelor şi o scală de evaluare a comportamentului[1].

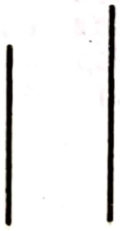
---

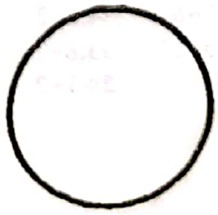
[1] WK Frankenburg 1992 89 Pediatrics 91


Cu = Culcat
Şez = Şezând
Procentul copiilor decedaţi
25 50 75 90
Luni
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 16
CU RIDICĂ CAPUL
DUCE GREUTĂŢI PE PICIOARE
MOMENTAN STĂ ÎN PICIOARE
ÎNAINTE CAPUL RIDICAT LA 45°
ÎMPINGE SĂ STEA JOS FĂRĂ ÎNTÂRZIEREA CAPULUI
MERGE ŢINÂNDU-SE DE MOBILĂ
CU CAPUL RIDICAT LA 90°
ÎMPINGE SĂ STEA JOS FĂRĂ ÎNTÂRZIEREA CAPULUI
STĂ ÎN PICIOARE SINGUR
ŞEZ PIEPTUL ÎN SUS SPRIJIN ÎN BRAŢ
STĂ ÎN PICIOARE ŢINÂNDU-SE
SE APLEACĂ & ÎŞI REVINE
ÎŞI ŢINE CAPUL
SE ÎMPINGE SINGUR SĂ STEA
MERGE BINE
SE ROSTOGOLEŞTE
ŞADE
MOTRICITATE GENERALĂ
URMEAZĂ PÂNĂ LA UNIA DE MIJLOC
APUCĂ JUCĂRIA
ŞEZ CAUTĂ GHEMUL
MIŞCĂRI SIMETRICE
PRIVEŞTE BOABA DE STRUGURE
ŞEZ. IA 2 CUBURI
URMEAZĂ DINCOLO DE UNIA DE MIJLOC
APUCĂ OBIECTUL
LOVEŞTE 2 CUBURI ŢINUTE ÎN MÂNĂ
URMEAZĂ 180°
IA BOABA DE STRUGURE
APUCĂ BOABA DE STRUGURE BINE
MÂINILE ÎMPREUNATE
APUCĂ CU DEGETELE
TRANFERĂ CUBUL DINTR-O MÂNĂ ÎN ALTA
MOTRICITATE ADAPTATIVĂ BUNĂ
RĂSPUNDE LA CLOPOŢEL
TATA SAU MAMA - NESPECIFICE
SONORIZEAZĂ NU PLÂNGE
TRECE SPRE VOCE
TATA SAU MAMA - SPECIFICE
RÂDE
ŢIPĂ ASCUŢIT
IMITĂ SUNETELE VORBIRII
LIMBAJ
PRIVEŞTE FAŢA
LA ÎNCEPUT TIMID CU STRĂINII
ZÂMBEŞTE SENSIBIL
SE JOACĂ
ZÂMBEŞTE SPONTAN
SE JOACĂ CU MINGEA CU EXAMINATORUL
SE HRĂNEŞTE SINGUR
SPUNE CE VREA (NU PLÂNGE)
REZISTENŢĂ LA TRASUL UNEI JUCĂRII
*90% trec de 1 lună
SE JOACĂ DE-A CUCU-BAU
BEA DIN CANĂ
MUNCEŞTE SĂ IA O JUCĂRIE CARE NU ESTE LA ÎNDEMÂNĂ
PERSONAL-SOCIAL
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 16
Luni


Procentul copiilor decedaţi
25 50 75 90
Ani
Luni
12 13 14 16 18 20 22 24 2½ 3 3½ 4 4½ 5 6
MOTRICITATE GENERALĂ
LOVEŞTE MINGEA ÎNAINTE
ARUNCĂ MINGEA PESTE MÂNĂ
BALANS PE PICIOR - 1 SEC.
SARE PE LOC
PEDALEAZĂ
MERGE ÎNAPOI
SUIE TREPTE
SĂRITURĂ LARGĂ
BALANS PE PICIOR - 5 SEC.
BALANS PE PICIOARE - 10 SEC.
SARE ÎNTR-UN PICIOR
PRINDE MINGEA CARE SARE
MERS VÂRF-CĂLCÂI
MERS PE CĂLCÂIE ÎNAPOI
MOTRICITATE ADAPTATIVĂ BUNĂ
MÂZGĂLEŞTE SPONTAN
TURN DIN 2 CUBURI
TURN DIN 4 CUBURI
TURN DIN 8 CUBURI
IMITĂ O LINIE VERTICALĂ CU 30°
ARUNCĂ BOABA DE STRUGURE DIN GURA STICLEI
ARUNCĂ BOABA DE STRUGURE DIN STICLĂ (DEMONSTRATIV)
COPIAZĂ +
COPIAZĂ ○
IMITĂ PODURI
COPIAZĂ □
IMITĂ □ DEMONSTREAZĂ
DESENEAZĂ UN OM DIN 3 PĂRŢI
DESENEAZĂ UN OM DIN 6 PĂRŢI
ALEGE LINIA MAI LUNGĂ 3 DIN 3
LIMBAJ
2 CUVINTE ALTELE DECÂT MAMA ŞI TATA
COMBINĂ 2 CUVINTE DIFERITE
INDICĂ O PARTE A CORPULUI NUMITĂ
NUMEŞTE O IMAGINE
URMEAZĂ 2 DIN 3 DIRECŢII
FOLOSEŞTE PLURARUL
DĂ NUMELE ŞI PRENUMELE
ÎNŢELEGE FRIG, OBOSIT, FOAME
RECUNOAŞTE 3 CULORI
ANALOGII OPUSE 2 DIN 3
DEFINEŞTE 6 CUVINTE
COMPOZIŢIA...
PERSONAL-SOCIAL
IMITĂ MUNCA ÎN GOSPODĂRIE
FOLOSEŞTE LINGURA, VĂRSÂND PUŢIN
ÎŞI SPALĂ ŞI USUCĂ MÂINILE
AJUTĂ ÎN CASĂ LA TREBURI UŞOARE
ÎŞI SCOATE ÎMBRĂCĂMINTEA
JOACĂ JOCURI INTERACTIVE
ÎŞI PUNE PANTOFII NELEGAŢI
SE ÎNCHEIE CU NASTURI
SE ÎMBRACĂ SUPRAVEGHEAT
SE SEPARĂ DE MAMĂ UŞOR
SE ÎMBRACĂ NESUPRAVEGHEAT
12 13 14 16 18 20 22 24 2½ 3 3½ 4 4½ 5 6
Luni
Ani







Intervale de referinţă pediatrice

P=plasmă; S=ser; J=à jeun

Biochimie (1mmol=1mEq/l)

Albumină^P	36-48g/dl
Fosf alc^P	vezi mai jos
(depinde de vârstă)	
α1-antitripsină^P	1,3-3,4g/dl
Amoniu^P	2-25μml/l; 3-35μg/dl
Amilază^P	70-300u/l
Aspartat aminotransferază^P	<40u/l
Bilirubină^P	2-16μmol/l; 0,1-0,8mg/dl
Gaze sanguine, arteriale	pH 7,36-7,42
$PaCO_2$	4,3-6,1kPa; 32-46mmHg
PaO_2	11,3-14,0kPa; 85-105mmHg
Bicarbonat	21-25mmol/l
Baze exces	-2 la +2mmol/l
Calciu^P	2,25-2,75mmol/l; 9-11mg/dl
Nou-născuţi:	1,72-2,47; 6,9-9,9mg/dl
Clor^P	98-105mmol/l
Colesterol^{P,J}	≤5,7mmol/l; 100-200mg/dl
Creatinkinază^P	≤80u/l
Creatinină	25-115μmol/l; 0,3-1,3mg/dl
Glucoză	2,5-5,3mmol/l; 45-95mg/dl
(mai scăzută la nou-născut	Tub de fluor)
IgA^S	0,8-4,5g/l (scăzută la naştere, creşte lent până la nivelele adultului)
IgG^S	5-18g/l (crescută la naştere, scade şi apoi creşte lent până la nivelul adultului)
IgM^S	0,2-2,0g/l (scăzută la naştere, creşte până la nivelul adultului în decurs de 1 an)
IgE^S	<500u/ml

Fier^S	9-36μmol/l, 50-200μg/dl
Plumb^{EDTA}	<1,75μmol/l; <36μg/dl
Mg^{2+P}	0,6-1,0mmol/l
Osmolalitate^P	275-295mosmol/l
Fenilalanină^P	0,04-0,21mmol/l
Potasiu^P medie mmol/l:	ziua 1:6,4 Ziua 2:6; Ziua 3:5,9 (mai târziu 4-5,5)
Proteine^P	63-81g/l;6,3-8,1g/dl
Sodiu^P	136-145mmol/l
Transferină^S	2,5-4,5g/l
Trigliceride^{J,S}	0,34-1,92 mmol/l (≡30-170mg/dl)
Urat^P	0,12-0,36mmol/l; 2-6mg/dl
Uree^P	2,5-6,6mmol/l; 15-40mg/dl
Gama-glutamiltransferază^P	<20U/l

Hormoni-un ghid ▶A se consulta laboratorul

Cortizol^P	9a.m. 200-700mmol/l miezul nopţii < 140mmol/l (medie)
Dehidroepiandrosteron sulfat:^{P}	
Ziua 5-11	0,8-2,8μmol/l (limite)
5-11 ani	0,1-3,6μmol/l
17α-hidroxiprogesteron^P	
Ziua 5-11	1,6-7,5nmol/l (limite)
4-15 ani	0,4-4,2nmol/l
$T_4{}^P$	60-135mmol/l (nu nou-născuţi)
TSH^P	<5mu/l (mai ridicat în ziua 1-4)

B=băiat; ^{EDTA}=acid edetic; ^{J}=à jeun
F=fată; ^{P}=plasmă; ^{S}=ser

Fosf alc u/l: 0-1/2 an 150-600; 1/2 ani 250-1 000; 2-5 ani 250-850; 6-7 ani 250-1 000; 8-9 ani 250-750; 10-11 ani F=259-950, B ≤730; 12-13 ani F=200-750, B ≤785; 14-15 ani F=170-460, B=170-970; 16-18 ani F=75-270, B=125-720; >18 ani F=60-250, B=50-200.

Hematologie media ±~1 d.s. limita $\times 10^9/l$ (mediana în paranteze)

Ziua	*Hbg/d*	*MCV fl*	*MCHC%*	*Retic%*	*WCC*	*Neutrofile*	*Eozino*	*Limf*	*Mono*
1	19,0±2	119±9	31,6±2	3,2±1	9-30	6-26 (11)	0,02-0,8	2-11	0,4-3,1
4	18,6±2	114±7	32,6±2	1,8±1	9-40				
5	17,6±1	114±9	30,9±2	1,2±0,2					

Săptămâni

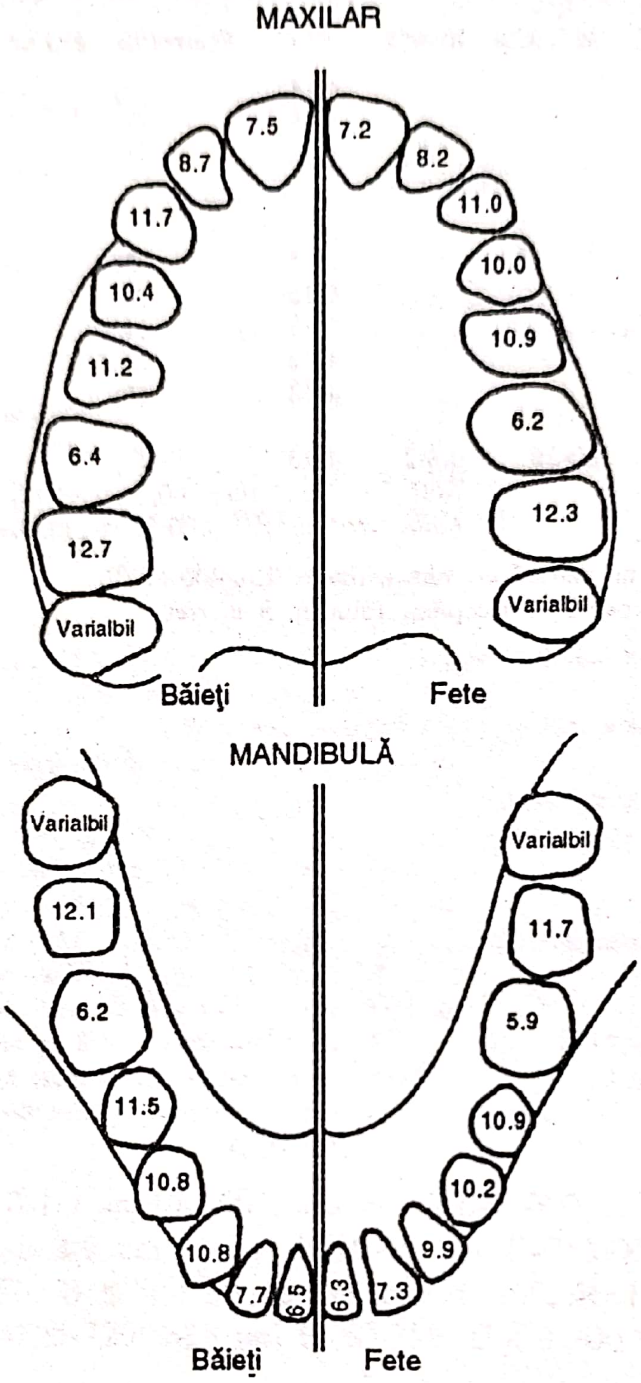
Ziua	*Hbg/d*	*MCV fl*	*MCHC%*	*Retic%*	*WCC*	*Neutrofile*	*Eozino*	*Limf*	*Mono*
1-2	17,3±2	112±19	32,1±3	0,5±0,03	5-21	1,5-10 (5)	0,07-0,1	2-17	0,3-2,7
2-3	15,6±3	111±8	33,9±2	0,8±0,6	6-15	1-9,5 (4)	0,7-0,1	2-17	0,2-2,4
4-5	12,7±2	101±8	34,9±2	0,9±0,8	6-15	(4)		(6)	
6-7	12,0±2	105±12	33,8±2	1,2±0,7	6-15	(4)		(6)	
8-9	10,7±1	93±12	34,1±2	1,8±1	6-15	(4)		(6)	

Luni - toate următoarele valori ale Hb de mai jos sunt mediane/limita inferioară a normalului

Ziua	*Hbg/d*	*MCV fl*	*MCHC%*	*Retic%*	*WCC*	*Neutrofile*	*Eozino*	*Limf*	*Mono*
3	11,5/9	88/80			6-15	(3)		(6)	
6	11,5/9	77/70			6-15	(3)		(6)	
12	11,5/9	78/72			6-15	(3)		(6)	
Ani									
2	11,5/9	78/74			6-15	(3)		(5)	
4	12,2/10	80/75			6-15	(4)		(4)	
6	13/10,4	82/75			5-15	(4,2)		(3,8)	
12	13,8/11	83/76			4-13	(4,9)		(3,1)	
14B	14,2/12	84/77			4-13	(5)		(3)	
14F	14/11,5								
16B	14,8/12	85/78	30-36	0,8-2	4-13	(5)		(3)	
16F	14/11,5								
18B	15/13								

Notă *Bazofile limite:* 0-0,1×10^9/l B_{12}^{s} ≥ 150ng/l. *Folaeritrocitar*^{EDTA} 100-640ng/ml. **B=băieţi; F=fete**

Numărul de trombocite nu variază cu vârsta, limite: 150-400×10^9/l
Sursă principală: Musgrove Park Hospital, Taunton, Somerset.


MAXILAR
7.5
7.2
8.7
8.2
11.7
11.0
10.4
10.0
11.2
10.9
6.4
6.2
12.7
12.3
Varialbil
Varialbil
Băieţi
Fete
MANDIBULĂ
Varialbil
Varialbil
12.1
11.7
6.2
5.9
11.5
10.9
10.8
10.2
10.8
9.9
7.7
7.3
6.5
6.3
Băieţi
Fete

Timpul mediu al erupţiei dinţilor permanenţi (în ani)

Dinţii deciduali	luni
Incisivii centrali inferiori	5-9
Incisivii centrali superiori	8-12
Incisivii superiori laterali	10-12
Incisivii inferiori laterali	12-15
Primul molar	10-16
Caninii	16-20
Al doilea molar	20-30

Un copil de 1 an are 6 dinţi; la 1,5 ani are 12 dinţi; la 2 ani are 16 dinţi; la 2,5 ani are 20 de dinţi

Tabele procentuale pentru băieţi şi fete referitoare la:

Vârstă (în luni si ani)	*Greutate (în kg)*			*Înălţime (în cm)*			*Circumferinţa craniană (în cm)*		
	3	*50*	*97*	*3*	*50*	*97*	*3*	*50*	*97*
BĂIEŢI									
naştere	2,5	3,5	4,4	–	50	–	30	35	38
3 luni	4,4	5,7	7,2	55	60	65	38	41	43
6 luni	6,2	7,8	9,8	62	66	71	41	44	46
9 luni	7,6	9,3	11,6	66	71	76	43	46	47
12 luni	8,4	10,3	12,8	70	75	80	44	47	49
18 luni	9,4	11,7	14,2	75	81	87	46	49	51
2 ani	10,2	12,7	15,7	80	87	93	47	50	52
3 ani	11,6	14,7	17,8	86	95	102	48	50	53
4 ani	13	15	21	94	101	110			
5 ani	14	19	23	100	108	117	49	51	54
6 ani	16	21	27	105	114	124			
7 ani	17	23	30	110	120	130			
8 ani	19	25	34	115	126	137	50	52	55
9 ani	21	28	39	120	132	143			
10 ani	23	30	44	125	137	148			
11 ani	25	34	50	129	142	154			
12 ani	27	38	58	133	147	160	51	54	56
13 ani	30	43	64	138	153	168			
14 ani	33	49	71	144	160	176	53	56	58
15 ani	39	55	76	152	167	182			
16 ani	46	60	79	158	172	185			
17 ani	49	62	80	162	174	187			
18 ani	50	64	82	162	175	187			
FETE									
Naştere	2,5	3,4	4,4	–	50	–	30	35	39
3 luni	4,2	5,2	7,0	55	58	62	37	40	43
6 luni	5,9	7,3	9,4	61	65	69	40	43	45
9 luni	7,0	8,7	10,9	65	70	74	42	44	47
12 luni	7,6	9,6	12,0	69	74	78	43	46	48
18 luni	8,8	10,9	13,6	75	80	85	45	47	50
2 ani	9,6	12,0	14,9	79	85	91	46	48	51
3 ani	11,2	14,1	17,4	86	93	100	47	49	52
4 ani	13	16	20	92	100	109			
5 ani	15	18	23	98	107	116	48	50	53
6 ani	16	20	27	104	114	123			
7 ani	18	23	30	109	120	130			
8 ani	19	25	35	114	125	136	50	52	54
9 ani	21	28	40	120	130	142			
10 ani	23	31	48	125	136	148			
11 ani	25	35	56	130	143	155			
12 ani	28	40	64	135	149	164	51	53	56
13 ani	32	46	70	142	156	168			
14 ani	37	51	73	148	160	172	52	54	57
15 ani	42	54	74	150	162	173			
16 ani	45	56	75	115	162	174			
18 ani	46	57	75	–	–	–			

Înălţimea se va măsura exact respectând următoarele reguli:

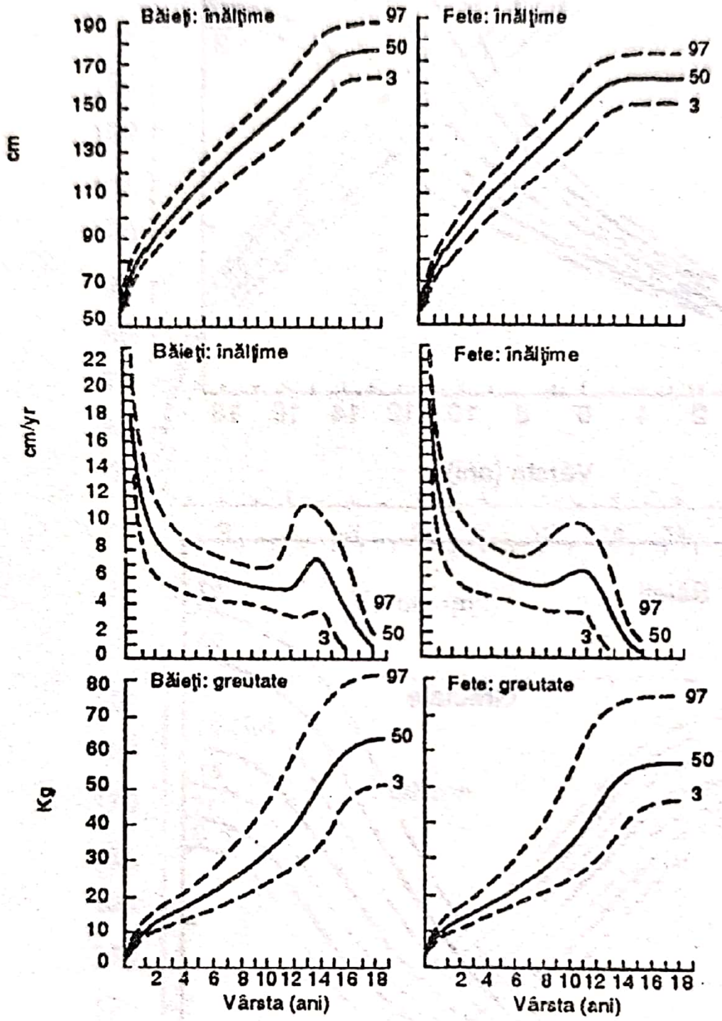
- Picioarele alăturate
- Fesele, umerii şi călcâiele trebuie să atingă peretele
- Canalul auricular la acelaşi nivel cu marginea inferioară a orbitei

- Picioarele drepte, braţele relaxate
- Părul lins
- Măsurarea se va face în expiraţie

Tabele mai recente sunt în curs de pregătire, proiectate pentru a lua în consideraţie noile date privind creşterea, şi care să adune laolaltă datele procentuale americane, ale OMS şi cele europene.[1]

[1] TJ Cole 1994 *BMJ* i 641

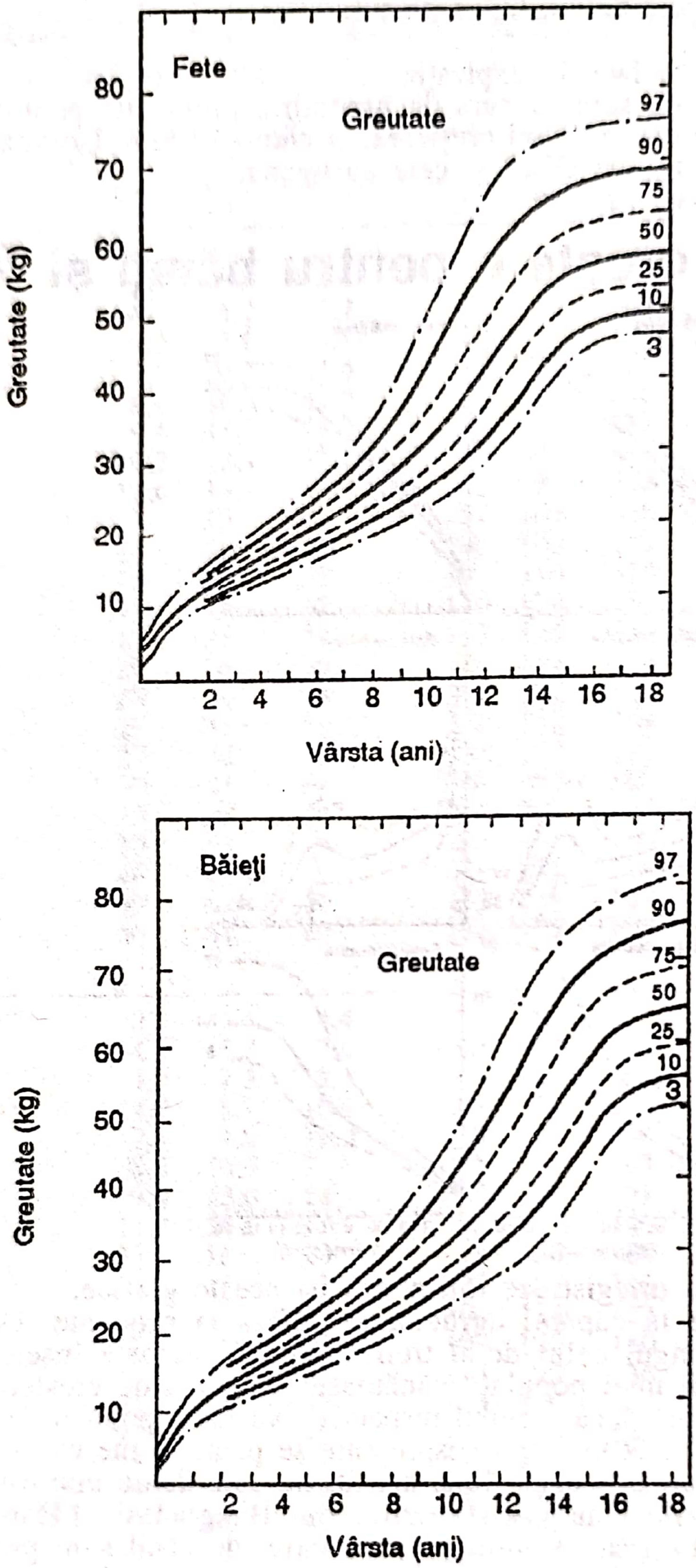
Grafice de creştere pentru băieţi şi fete[1]



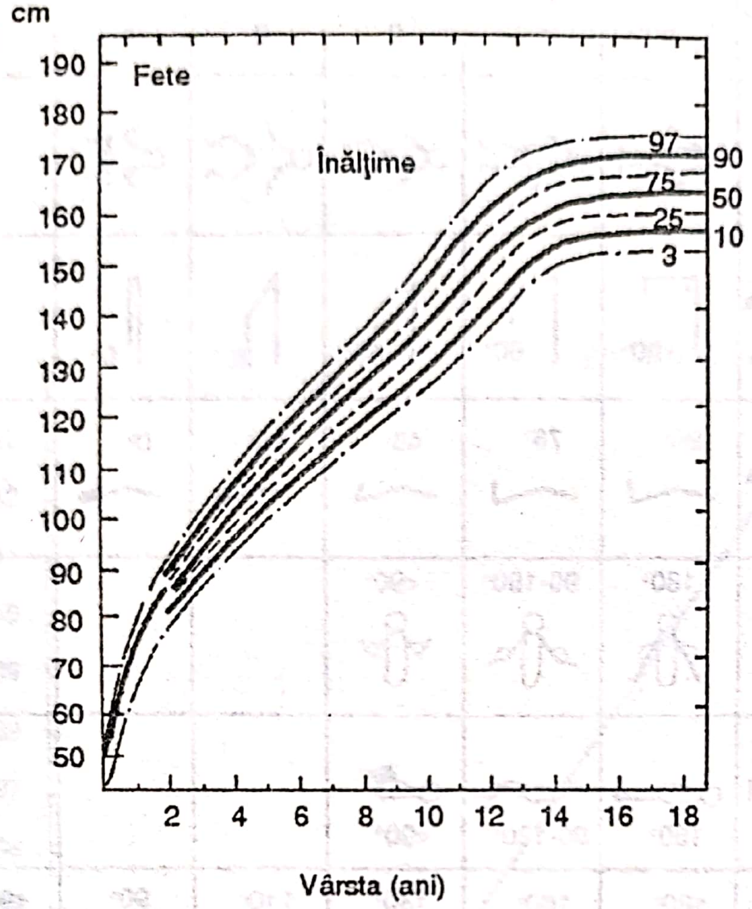
►Este util să se înregistreze toţi copiii pe aceste grafice.

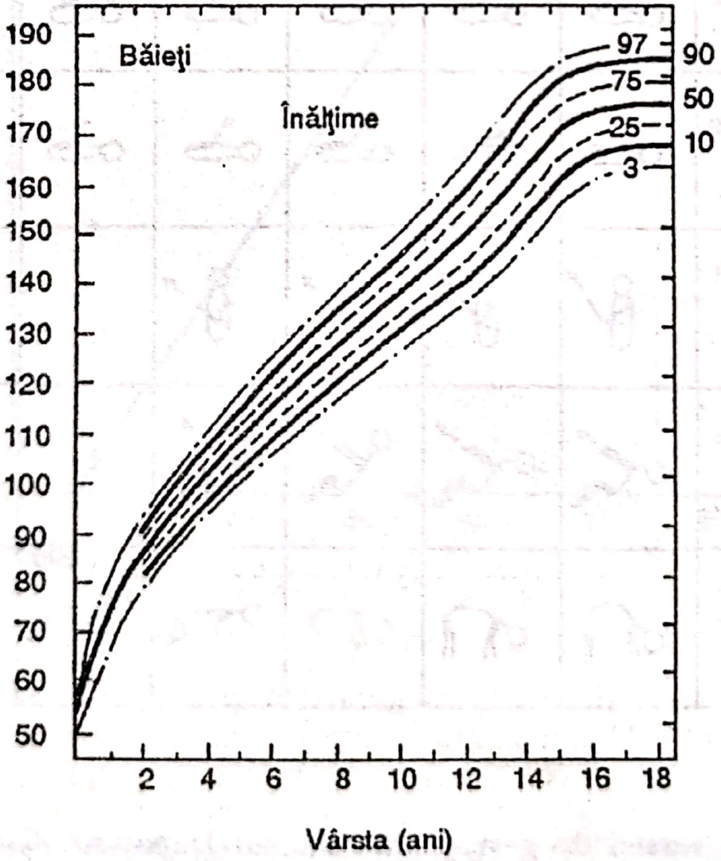
Notă: cifrele de la capătul curbelor se referă la procente. Dacă un copil creşte de-a lungul celui de-al treilea "centil" aceasta înseamnă că numai 3% din copiii unei populaţii sănătoase au o rată de creştere la fel de mică, sau mai mică decât copilul respectiv. Nu toate populaţiile umane sunt similare, astfel încât un copil despre care se poate spune că este anormal de mic pentru un caucazian bine hrănit, nu este deloc mic din punct de vedere al chinezilor sau pakistanezilor din Bangladesh. Măsurătorile seriate de creştere tind să se coreleze bine între ele când sunt proiectate pe grafice simple - cu alte cuvinte copiii tind să se aşeze într-un anumit procent. Cu toate acestea măsurătorile de viteză a creşterii nu se corelează bine între ele, şi acest lucru face mai uşoară stabilirea de standarde cu privire la anormalitate, bazate pe o singură citire. Dacă un copil se găseşte sub cel de-al treilea centil pe graficul de viteză a creşterii, chiar dacă citirea se face o singură dată, trebuie adoptate măsuri urgente.[2]

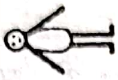
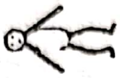
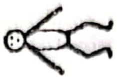
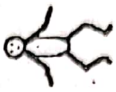
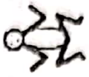
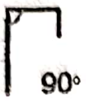
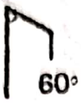
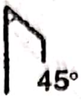
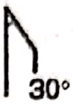
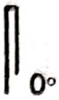
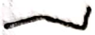
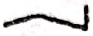
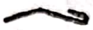
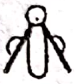
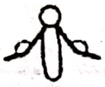
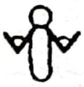
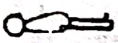
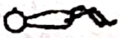
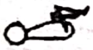
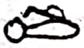
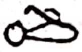
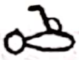
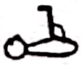
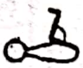
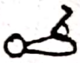
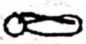
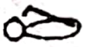
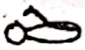
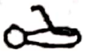
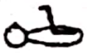
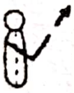
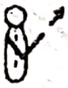
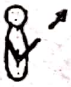
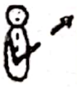
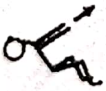
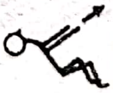
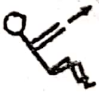
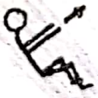
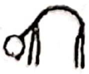
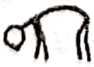
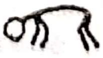
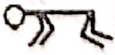
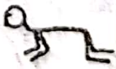
[1] After Tanner, *Arch Dis Childh* 41 613-35 [2] C Brook 1986 *BMJ* ii 1186



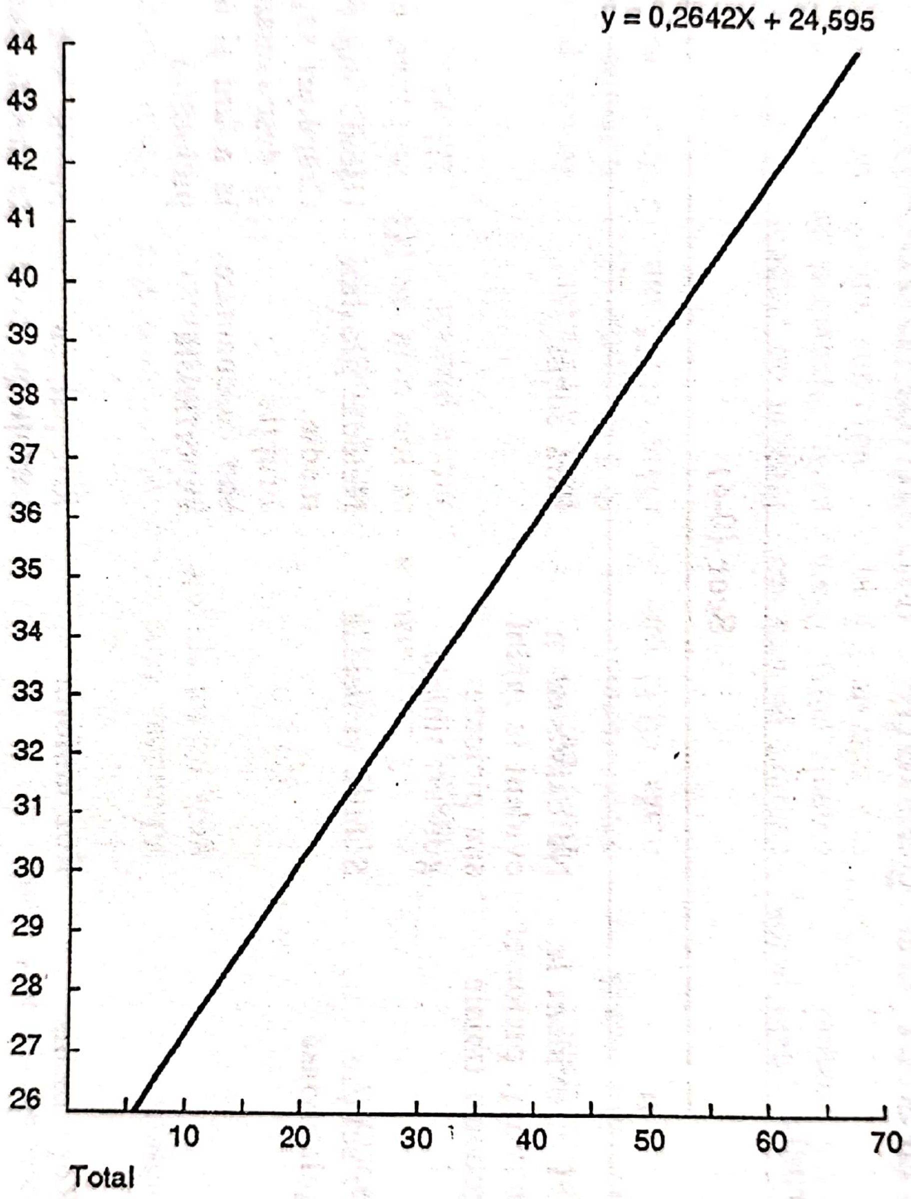
Standarde în secţiune pentru greutatea şi înălţimea atinse la fiecare vârstă (băieţi şi fete din Anglia). Linia centrală reprezintă media, sau 50 de procente. Cele două linii punctate de deasupra şi de dedesubt reprezintă 75 şi respectiv 25 de centile - cu alte cuvinte 25% s-au plasat sub linia inferioară şi 25% deasupra liniei superioare. Sunt prezentate şi alte linii procentuale.


cm
190
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60
50
Fete
Înălţime
97
90
75
50
25
10
3
2
4
6
8
10
12
14
16
18
Vârsta (ani)


190
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60
50
Băieţi
Înălţime
97
90
75
50
25
10
3
2
4
6
8
10
12
14
16
18
Vârsta (ani)

Semnul neurologic	Scor (0-5)					
	0	1	2	3	4	5
Postură						
Fereastra pătrată	 90°	 60°	 45°	 30°	 0°	
Flexia dorsală a gleznei	90° 	75° 	45°	20°	0° 	
Reculul braţului	180° 	90-180° 	<90° 			
Reculul piciorului	 180°	 90-180°	 <90°			
Unghiul popliteu	180° 	160° 	130° 	110° 	90° 	<90° 
Călcâi la ureche						
Semnul eşarfei						
Atârnare a capului						
Suspensia ventrală						

Evaluarea vârstei de gestaţie în sistemul Dubowitz. Criterii neurologice.



Evaluarea vârstei de gestaţie în sistemul Dubowitz. Grafic pentru citirea vârstei de gestaţie pe baza scorului total.

Evaluarea vârstei de gestaţie: sistemul Dubowitz

Criterii fizice (externe)

	Scor (0-4)				
Semnul extern	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Edem	Edem evident la mâini şi picioare: godeuri tibiale	Nu există edem evident la mâini sau picioare: godeuri tibiale	Fără edem		
Textura pielii	F. subţire gelatinoasă	Subţire şi netedă	Netedă: grosime medie. Erupţie sau descuamare superficială	Uşoară îngroşare Crăpături superf. şi descuamare la mâini şi laba piciorului	Groasă ca un pergament: crăpături în suprafaţă şi profunzime
Culoarea pielii (fătul nu ţipă)	Roşu închis	Roz uniform	Roz pal: cu variaţii pe zone	Palidă. Roz doar la urechi, buze, palme si tălpi	

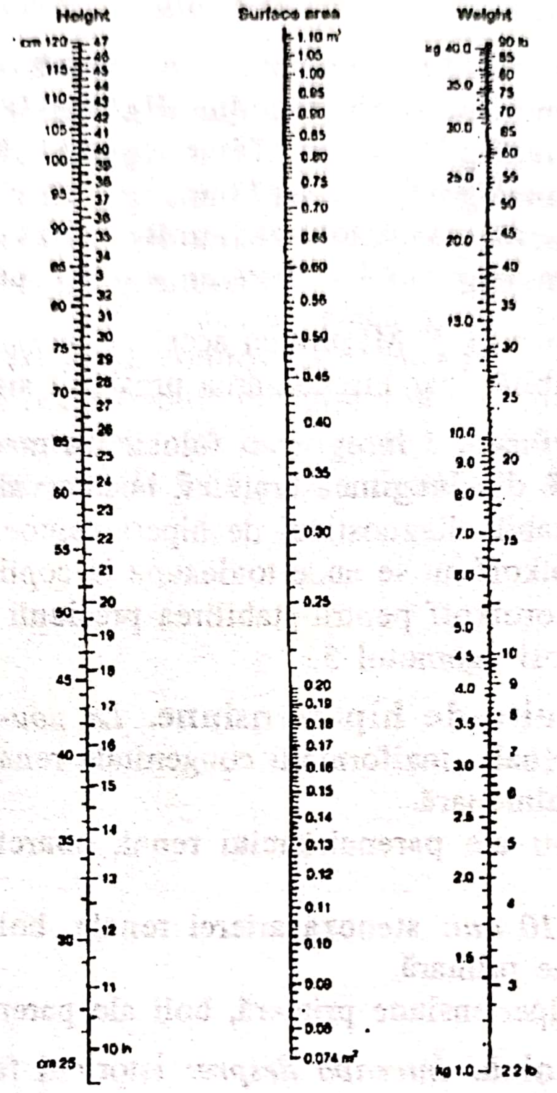
Opacitatea pielii (trunchi)	Numeroase vene şi venule se văd clar, mai ales pe abdomen	Vene şi tributare se văd	Câteva vase mari se văd bine pe abdomen	Câteva vase mari se văd greu pe abdomen	Nu se văd vase
Lanugo (pe spate)	absent	Abundent, lung si gros pe tot spatele	Subţire, mai ales pe spatele infer. fără păr	Puţin, zone fără lanugo	Cel puţin 1/2 spate
Pliurile plantare	absente	Urme roşii slabe pe 1/2 anterioară a plantei	Urme roşii clare pe mai mult de 1/2 ant. a plantei	Indentaţii pe mai mult de 1/3 ant.	Indentaţii clare peste 1/3 ant.
Formare mamelon	Abia vizibil areolă absentă	Bine definit areola netedă diam. <0,75 cm	Areola punctată fără margine diam. <0,75 cm	Areola punctată margine ridicată diam. >0,75 cm	
Dimensiune sân	Nu se poate palpa ţesut mamar	Prezent pe una sau ambele părţi. Diam. mai mic de 0,5cm	Prezent de ambele părţi. Diametrul de o parte sau ambele 0,5-1,0cm	Prezent de ambele părţi. De o parte sau de ambele părţi diam. peste 1 cm	

Evaluarea vârstei de gestaţie: sistemul Dubowitz

Criterii fizice (externe)

	Scor (0-4)				
Semnul extern	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
Forma urechii	Pavilion turtit fără formă absenţa curburii	Curbare parţială a marginii pavilionului	Curbare parţială a marginii pavilionului superior	Curbare bine def. a întregii margini a pavilionului superior	
Fermitatea urechii reculului	Moale, uşor de pliat, absenţa	Moale, uşor pliabilă recul slab	Cartilaginoasă la marginea pavilionului dar cu recul slab	Pavilion ferm, cartilagiu la margine, recul imediat	
• Genitale (băiat)	Niciunul din testicule nu se află în scrot	Cel puţin un testicul în scrotul superior	Cel puţin un testicul coborât complet		
• Genitale (fată) (şolduri în semi-abducţie	Labiile mari mult depărtate. Labiile mici proeminente	Labiile mari aproape acoperă pe cele mici	Labiile mari acoperă complet pe cele mici		

Nomogramă pentru calcularea ariei suprafeţei corporale la copii



▶▶Adrenalina în anafilaxie

(Administrare intravenoasă şi intramusculară)

Vârsta	ml sol 1:10.000	Vârsta	ml sol. 1:1.000
3-5 luni	0,5 ml	2 yrs **	0,2 ml
6-11 luni	0,75 ml	3-4yrs**	0,3 ml
12 luni	1,0 ml	5 yrs**	0,4 ml
		6-12yrs**	0,5 ml
		adult	0,5-1 ml

Poate fi necesară repetarea dozelor la intervale de 15 minute până la ameliorarea situaţiei. De asemenea:

- Oxigen (+/-IPPV)
- Clorfeniramin (0,2mg/kg)
- Hidrocortison (4mg/kg i.v.
- Soluţie coloidală (20ml/kg, i.v.)

N.B. Greutatea (în kg) este aproximativ egală cu 2 (vârsta în ani + 4)

** Pentru copiii subponderali se va înjumătăţi doza, sau, dacă se cunoaşte greutatea, se vor da 10micrograme/kg. Doza de adrenalină administrată prin tub endotraheal = 100 micrograme/kg. Dacă bronhospasmul este prezent se va administra şi salbutamol - 2mg, nebulizat.

Presiunea arterială în copilărie

Vârstă	**Hipertensiune semnificativă***		**Hipertensiune severă**	
Ani	*Sistolica*	*Diastolica*	*Sistolica*	*Diastolica*
La naştere	≥96mmHg**		≥106mmHg**	
<2	≥112mmHg	≥74mmHg	≥118mmHg	≥82mmHg
3-5	≥116mmHg	≥76mmHg	≥124mmHg	≥84mmHg
6-9	≥122mmHg	≥78mmHg	≥130mmHg	≥86mmHg
10-12	≥126mmHg	≥82mmHg	≥134mmHg	≥90mmHg
13-15	≥136mmHg	≥86mmHg	≥144mmHg	≥92mmHg

*adică >95 percentil. **Măsurarea acesteia necesită aparatură Doppler -frecvent este posibilă doar înregistrarea presiunii sistolice.

Notă: trebuie făcute 3 înregistrări folosind o manşetă strânsă care să aibă lăţimea a 75% din lungimea braţului, la intervale de mai multe săptămâni pentru a stabili diagnosticul de hipertensiune. Deoarece cel de-al 5-lea zgomot Korotkoff nu se aude totdeauna la copii se va folosi cel de-al 4-lea zgomot Korotkoff pentru stabilirea presiunii diastolice. Din adolescenţă se va folosi zgomotul 5.

Cauze obişnuite de hipertensiune. *La nou-născut:* stenoza sau tromboza arterei renale, malformaţii congenitale renale, coarctaţia aortei, displazie bronhopulmonară.

La sugari: boli ale parenchimului renal, coarctaţia aortei, stenoza arterei renale.

Copii între 6-10 ani: stenoza arterei renale, boli ale parenchimului renal, hipertensiune primară.

Adolescenţi: hipertensiune primară, boli ale parenchimului renal.

Evaluare clinică. *Întreabă despre:* istoricul familial (feocromocitom), simptome genito-urinare. Caută mase abdominale, boli endocrine, coarctaţia aortei şi sindrom Turner (p.849).

Explorări. *Urină:* sumar, creatinină, clearance, catecolamine.

Sânge: HC, U&E, lipide, altele - în funcţie de rezultatele examenului clinic.

Altele: ecocardiografie, ecografie renală, IVU, izotopi.

Tratament medicamentos. Indicaţii: hipertensiune gravă, deteriorare a organelor terminale. Se sugerează următoarea secvenţă; medicamentele se administrează urmând treptele de mai jos, folosindu-se şi combinaţii de medicamente dacă TA rămâne crescută. Cere avizul unui expert.

1. *Diuretice* - clortalidon 0,5-2 mg/kg/zi PO
2. *Antagonişti beta-adrenergici:* ex. atenolol 1-2 mg/kg/zi PO
3. *Vasodilatatoare:* ex- hidralazină 200 μg/kg/6h PO
4. *Inhibitori ACE* - captopril 0,5 mg/kg/8h PO dacă este >6 luni. Nu se folosesc în caz de stenoză aortică. Vezi MMC, p.299.

Urgenţe hipertensive (în glomerulonefrită, sindromul hemolitic uremic, traumatisme craniene). Nitroprusiat de sodiu 1-8 µg/kg/min în perfuzie cu ajutorul unei pompe pentru a controla precis ritmul perfuziei. Tubulatura aparatului de perfuzie trebuie acoperită cu o folie de staniol pentru a preveni fotodezactivarea. Monitorizează continuu presiunea arterială, crescând doza dacă este necesar. Diminuă progresiv perfuzia pentru a preveni fenomenul de rebound. Dacă se foloseşte un timp mai îndelungat (peste o zi) se va controla concentraţia de cianid din sânge şi respectiv din plasmă (care trebuie menţinute la <38 µmol/l şi respectiv la <3 µmol/l). Notă: labetalolul este o alternativă mai uşor de folosit, însă producătorul nu îl recomandă încă pentru copii.

[1] Task force on blood pressure control in children. Report of the second task force on blood pressure control in children, *Paediatrics* 1987 79 1-25

Preparate din lapte pentru copii prematuri[1]

Dacă laptele mamei nu este disponibil sau cîştigul în greutate nu este satisfăcător cu lapte uman (p.178) se va recomanda un preparat de lapte artificial.

Apa Este cel mai important nutrient. Apa reprezintă 50-70% din creşterea în greutate (ex, 15g/zi) la copii prematuri.

Pierderile de apă insensibile (PAI) scad odată cu creşterea în greutate, vîrsta gestaţională, şi vîrsta postnatală; cresc cu creşterea temperaturii (ambientale şi de mediu) şi cu scăderea umidităţii. Într-un incubator simplu, termoneutru, cu o umiditate de 50-80% PAI sunt de 30-60ml/kg/zi. Acestea se pot dubla la copiii care fac fototerapie.

Pierderile de apă prin fecale ≈ 5-10 ml/kg (nu şi cînd are diaree).

Pierderile prin urină: dacă sunt de aproximativ 90 ml/kg/zi rinichiul nu este supus unui stres excesiv.

Un aport de 180ml/kg/zi (între 150-200 ml) de lapte uman sau artificial acoperă necesităţile de apă a copiilor cu greutate mică la naştere (<1500 g). La copii cu insuficienţă cardiacă este necesară o restricţie de apă (ex, 130 ml/kg/zi).

Energie 130 kcal/kg/zi (110-165) sunt suficiente pentru copilul prematur, în condiţii normale şi pot fi oferite de formulele care au o densitate energetică similară laptelui uman (65-70 kcal/dl) într-un volum de 180-200 ml/kg/zi. Dacă este necesară o densitate energetică mai mare, aceasta totuşi nu trebuie să depăşească 85 kcal/dl. Problemele care apar peste aceste valori sunt reprezentate de lactobezoari şi tulburări hidroelectrolitice.

Proteine Trebuie să fie între 2,25 g/100 kcal (2,9 g/kg/zi cînd se administrează 130 kcal/kg) şi 3,1 g/100kcal (4 g/kg/zi). Lisina poate fi crescută. Nu se pot da indicaţii precise cu privire la taurină şi la raportul zer: caseină. În prezent preparatele pentru prematuri au preponderent zer. Semne ale deficitului proteic: nivel scăzut al ureei plasmatice şi al prealbuminei.

Grăsimi Între 4,7-9 g/kg (densitatea în grăsimi 3,6-7,0 g/100kcal). Acizii graşi nesaturaţi cu lanţ lung (>C12) sunt absorbiţi mai uşor decît acizii graşi saturaţi. Încearcă să ai ≥4,5% din totalul caloriilor provenite din acizi graşi esenţiali, precum acidul linoleic (500 mg/100kcal). Nu sunt recomandări cu privire la colesterol, carnitină sau colină.

Carbohidrate Între 7-14 g/100kcal (<11 g/100dl) din care lactoza este 3,2-12 g/100kcal (<11 g/100dl). Lactoza nu este esenţială; poate fi înlocuită cu glucoză (însă osmolaritatea ei crescută determină diaree) sau cu sucroză (±hidrolizate de amidon, ex, sirop de uleiuri din porumb).

Vitamine Un supliment zilnic rezonabil este -vitamina A: 300 μg (1μg = 3,33 U). Vitamina D: 20 μg (1μg colecalciferol =40 U vitamină D_3). Vitamina

E: 5 mg. Vitamina K: 3 µg. Vitamina B_1: 50 µg. Vitamina B_2: 200 µg. Vitamina B_6: 100 µg. Vitamina C: 20 mg. Acid folic: 60µg. Niacin, biotin şi acidul pantotenic nu trebuie adăugaţi. Administrarea suplimentelor de mai sus nu determină efecte toxice, chiar dacă laptele administrat conţine limita maximă admisibilă de vitamine. Când copilul a atins 2kg, suplimentele de vitamine trebuie reconsiderate.

Minerale Na^+: 6,5-15 mmol/l; K^+:15-25,5 mmol/l. Ca^{2+}: 1,75-3,5 mmol/100 kcal. PO_4^{3-}: 1,6-2,9 mmol/100 kcal. Ca^{2+}: PO_4^{3-} raport: 1,4-2,0:1. Magneziu: 0,25-0,5 mmol/100 kcal. Fier: dacă este alimentat la sân, administrează 2-2,5 mg Fe/kg/zi (doza totală recomandată). Copiii alimentaţi cu preparate artificiale au nevoie de suplimente pentru a atinge această doză. Iod: 10-45 µg/100 kcal. Magneziu: 2,1 µmol/100 kcal. ▶1 cal=4,18 Jouli.

1 H Bremer 1987 *Nutrition and Feeding of the Preterm Infant,* Blackwell

A vorbi cu părinţii despre boala mortală a copilului

Iminenţa morţii este întotdeauna un subiect dificil de abordat -şi este cu atât mai dificil cu cât este vorba despre un copil. Deşi moartea în copilărie este în prezent un eveniment destul de rar, cel puţin în Marea Britanie, sunt totuşi puţine mamele care nu s-au gîndit la posibilitatea că copilul lor s-ar putea să moară dintr-o cauză sau alta. Este important de apreciat cât de pregătiţi sunt părinţii să afle că au un copil care s-ar putea să moară, pentru a putea stabili modul în care poate fi ritmată discuţia. Ritmul de dezvăluire a situaţiei este important deoarece se confirmă astfel că acceptarea unui diagnostic fatal nu este un eveniment ci mai degrabă un proces al minţii în mai multe etape. Acest proces poate fi punctat de manifestări necontrolate de furie, plîns, şi reproş. Aceste reacţii trebuie "salutate" pe măsură ce apar şi sub nici o formă nu trebuie să întrerupă discuţia. În plus mai există o tentaţie în medicină atunci când eşti pus în faţa unor situaţii mai dificile şi nesigure: să te înconjori de tot felul de talismane medicale cum ar fi halatul alb, stetoscopul, terminologie medicală, obiectivitate ştiinţifică. Pentru ca să scapi de toate aceste probleme îţi trebuie practică. La toţi ne este frică cîteodată să apărem "goi" în faţa pacientului, fără să putem să-i oferim nimic, fără să avem nimic după care să ne ascundem.

O critică a celor de mai sus ar fi că reprezintă platitudini lipsite de substanţă. Cu toate acestea tentaculele ştiinţei au ajuns chiar şi în această zonă dificilă şi sensibilă (p.551). Interviuri atent structurate şi testate au dus la următoarele concluzii care sunt oferite drept ghid[1]:

- Roagă-i pe ambii părinţi să fie de faţă la discuţie (plus o asistentă în care ei au încredere).
- Ia măsuri să nu fii întrerupt de către alte persoane; alocă un timp suficient de mare pentru discuţie.
- Adresează-te cu numele de familie.
- Nu evita contactul vizual direct (aceasta măreşte încrederea).
- Menţionează denumirea afecţiunii. Noteaz-o pe hîrtie pentru familie.
- Oferă adresa şi numărul de telefon al unui eventual grup de suport.
- Arată ce sprijin poate primi în continuare copilul.
- Rezumă ceea ce au aflat părinţii cu ocazia acestei discuţii. Clarifică sau repetă anumite aspecte dacă este necesar.
- Oferă răspuns la orice întrebare şi posibilitatea unor întîlniri ulterioare.
- Explică-le că îl vei informa pe medicul de familie al copilului imediat despre cele discutate (părinţii au tendinţa să-l sune pe medicul de familie şi să-i ceară sfatul -asigură-te că acesta va fi deci informat prompt).

Dar cum rămîne cu copilul în cauză? Studiile au sugerat că copiii sunt preocupaţi de moartea lor chiar mai mult decît adulţii. Deci nu trebuie să porneşti de la premisa că copilul pe care îl îngrijeşti nu înţelege despre ce este vorba. Însă această înţelegere se poate exprima prin diverse moduri. Ştim că copiii învaţă să se poarte aşa cum societatea aşteaptă ca ei să se poarte. Astfel un copil pe moarte va continua să se joace când părinţii sunt în apropiere, dar se va angaja în discuţii directe când va rămîne singur cu copiii de vîrsta lui. Copilul s-ar putea să fi învăţat că dacă vorbeşte despre moarte îi va face pe părinţi să plîngă şi de aceea va evita astfel de discuţii.

---

1 H Woolley 1989 *BMJ* i 1623

Transfuzia intraosoasă

Accesul vascular imediat este necesar în pediatrie în următoarele circumstanţe: stop cardio-respirator, arsuri severe, *status epilepticus* prelungit, şoc hipovolemic şi septic. În multe cazuri nu este posibil un acces venos rapid şi de aceea se apelează la infuzia intravenoasă care este relativ sigură, uşor de realizat şi eficientă în obţinerea unui acces vascular; este recomandată în situaţii care ameninţă viaţa unui copil de vîrstă mică la care alte metode de infuzie venoasă au dat greş.

Contraindicaţii: Osteoporoză, osteogenesis imperfecta, infecţie sau fractură la locul de inserţie.

Pregătire: Pe o masă cu rotile pregăteşte: pansamente, Betadină®, ace, seringă de 10ml, lignocaină 1% (5ml), bisturiu, ac de puncţie osoasă, set de perfuzie pentru pediatrie, 10ml de ser 0,9%, bandă adezivă.

Alegerea locului de puncţie: Regiunea proximală a tibiei reprezintă cel mai bun loc; alte locuri pot fi regiunea distală a tibiei sau regiunea distală a femurului. Alege un punct mijlociu în porţiunea plată anteromedială a tibiei, cam la două degete sub tuberozitatea tibiei. Piciorul copilului trebuie sprijinit pe un suport rigid.

Procedură:

- Sterilizează tegumentul cu un antiseptic, apoi infiltrează regiunea de puncţie cu lignocaină (secţionarea tegumentului cu bisturiul nu este întotdeauna necesară).
- Introdu acul pentru os la un unghi de aprox. 60-90 grade, şi avansează cu o mişcare de înşurubare. Localizarea corectă a puncţiei este confirmată de senzaţia unei "eliberări" în momentul când acul ajunge în cavitatea medulară.
- Fixează acul la cortex şi verifică poziţia aspirînd măduvă, sau infiltrînd cu uşurinţă 5-10ml de ser fără edemaţierea ţesuturilor. Acul ar trebui să poată să stea drept fără sprijin, însă trebuie totuşi fixat cu o bandă adezivă.
- "Spălarea" canulei cu heparină previne obstrucţia cu cheaguri.
- Conectează canula la un sistem de perfuzie; o administrare mai bună se obţine dacă se foloseşte o seringă cu care se introduc bolusuri de lichid (o doză standard este de 20ml/kg soluţie cristaloidă sau coloid).

Complicaţii: Sunt rare; pot fi extravazări de lichide sau celulită, fracturi, osteomielită, durere, embolie cu grăsime sau fragmente de os. Apar mai frecvent după utilizare prelungită -şi deci infuzia intraosoasă trebuie întreruptă de îndată ce se reuşeşte să se prindă o venă.

NB: calea intraosoasă se poate folosi şi la adulţi.[2]

[1] DH Fisher 1990 NEJM 322 1579-81

[2] G Bratteb 1993 BMJ ii 627. Această pagină a fost oferită cu amabilitatea Dr RJ Evans prin intermediul BMJ.

▸▸Stopul cardiorespirator la copii

Cauze: • Inhalare de corp străin • Status epilepticus • Epiglotită/Crup • Pneumotorax • Sepsis • Astm • Intoxicaţii • Traumatisme/Înec

Basic life support (manevre de bază) Strigă "Ajutor!". Înlătură pericolele externe imediate. • Curăţă căile aeriene în cazul unei obstrucţii evidente (o manevră de curăţire *oarbă* poate duce la impactarea unui corp străin).

• Aşează capul în hiperextensie şi împinge mandibula înainte, pentru *a deschide căile aeriene.*

• Apreciază respiraţia. Este auzibilă? Există mişcări abdominale sau ale toracelui? Încearcă să simţi pe obrazul tău dacă expiră aer (dacă nu expiră însă are mişcări respiratorii, atunci căile sunt obstruate: ţine copilul în poală, cu faţa în jos, cu capul mai jos decît toracele ▶Iniţiază *manevrele de dezobstrucţie:* 5 lovituri în spate →5 lovituri scurte în torace →verifică gura →deschide căile aeriene →5 insuflaţii aplicate pe gură, inclusiv pe nas dacă are <1 an; inspiră adînc înainte de fiecare insuflaţie, pentru a optimiza amestecul; insuflaţia trebuie să fie continuă şi lentă (1-1,5 s) →repetă ciclul. După al doilea set, execută manevra Heimlich ×5 (p.891; *nu* şi dacă copilul are <1an; de multe ori se produc traumatisme interne) →se repetă toate acestea pînă cînd corpul străin este eliminat.

• Verifică pulsul: cel mai uşor este la nivel brahial (la mijlocul humerusului, în regiunea medială -fixează degetul pe braţul în abducţie şi rotaţie externă).

• Dacă pulsul este <60 la copiii mici sau absent la copiii mari, începe masajul cardiac cu compresiuni ale toracelui -utilizînd două degete aplicate pe stern la un deget distanţă sub linia ce uneşte cele două mameloane, deprimînd sternul cu aproximativ 2 cm. Dacă are >1 an foloseşte podul palmei; nivelul deprimării sternului trebuie să fie ≥3cm.

• Comprimarea toracelui trebuie făcută la o rată de 100/min; 5 compresii trebuie urmate de o ventilare.

• Cheamă o ambulanţă. Dacă este posibil mergi cu copil cu tot la telefon, pentru a nu întrerupe masajul cardiac.

Advanced life support[1] (manevre speciale) După ce soseşte un ajutor montează un monitor.

Asistolia: aplică o pipă Guedel sau introdu un tub endotraheal cu diametrul egal cu diametrul unei nări (în timpul intubării nu trebuie întrerupte manevrele de resuscitare >30 s) şi ventilează copilul cu un balon folosind oxigen 100% la ≥15 l/min. Lungimea tubului endotraheal trebuie să fie egală cu cea de la gură la unghiul mandibulei, cînd tubul se aplică pe faţa copilului. Dacă vîrsta este <1 an introdu partea convexă în *sus,* folosind o spatulă de limbă sau un laringoscop pentru a da limba din drum. Odată asigurată calea aeriană, procedează după cum urmează:

- Asigură acces IV sau intraosos (p.364) în următoarele 90 s.
- Administrează adrenalină 10 μg/kg.
- Continuă compresiunile toracelui/ventilaţia încă 3 min.
- Dacă tot nu are puls administrează: adrenalină 100 μg/kg IV (este o măsură disperată). Dacă încă nu ai acces parenteral, administrează adrenalina prin tubul endotraheal (doza IV x10).
- Apreciază nevoile de bicarbonat (vezi mai jos) şi de soluţii cristaloide în perfuzie (ex 20ml/kg).
- Dacă tonusul vagal a contribuit la instalarea stopului cardiac administrează atropină (0,02mg/kg pînă la 1mg la copii şi pînă la 2mg la adolescenţi).
- Dacă Ca, Mg sau K plasmatic sunt ↑, administrează clorură de calciu 10-30mg/kg IV.
- Dacă este hipoglicemic administrează glucoză 0,5g/kg (soluţie 10% sau 25%). Evită o corectare exactă (s-a dovedit dăunătoare pe modelele animale de asistolie).

În caz de fibrilaţie ventriculară: sau tahicardie ventriculară fără puls (ambele rare) prioritatea maximă o reprezintă electroşocurile: 2J/kg →2J/kg →4J/kg. (O lovitură precordială poate fi eficientă dacă se aplică imediat după debutul aritmiei la care trebuie să fii martor, de ex, în terapie intensivă.) Continuă cu asigurarea suportului ventilator, accesului circulator şi doze repetate de adrenalină ca mai sus.

Se mai aplică trei şocuri electrice (4J/kg) la 1 min după fiecare doză de adrenalină. Odată încheiat acest ciclu de 3 ori, *va trebui* să consideri administrarea de bicarbonat (1 mmol/kg, administrat în bolus, lent IV). Lignocaina (1mg/kg IV) *previne* (dar nu opreşte) fibrilaţia ventriculară. Sunt puţine date cu privire la utilizarea bretyliumului.

Disociaţia electro-mecanică: se tratează ca şi asistolia. Frecvent cauza este exsanguinarea şi deci administrarea de fluide este esenţială. Tratează corespunzător pneumotoraxul, tamponada cardiacă, intoxicaţiile, sau tulburările electrolitice.

---

[1] *APLS*/Europ. Resus. Council 1994 *BMJ* i 1349. Neonates, p 230; adults MMC p.725.

▶▶Protocol pediatric pentru stopul cardiac

Fibrilaţia ventriculară

- Lovitură precordială
- Defibrilaţie 2J/kg
- Defibrilaţie 2J/kg
- Defibrilaţie 4J/kg
- Ventilează & intubează 100% oxigen
- Acces IV sau intraosos (p.364)
- Adrenalină 10 µg/kg
- Începe ciclul de masaj cardiac/defibrilare/adrenalină:

-resuscitare cardiopulmonară pentru 1 min

-defibrilaţie 4J/kg

-defibrilaţie 4J/kg

-defibrilaţie 4J/kg

-analizează şi corectează problemele datorate tulburărilor hidroelectrolitice, medicamentelor, hipotermiei

-adrenalină 100 µg/kg

- Repetă ciclul de masaj cardiac/defibrilare/adrenalină
- Repetă din nou ciclul de masaj cardiac/defibrilare/adrenalină
- Consideră oportunitatea administrării unui agent alcalizant sau a unui antiaritmic.

Asistolia

- Ventilează & intubează 100% oxigen
- Acces IV sau intraosos (p.364)
- Adrenalină 10 µg/kg
- Începe ciclul de masaj cardiac/defibrilare/adrenalină:

-resuscitare cardiopulmonară pentru 3 min.

-consideră oportunitatea administrării unui agent alcalizant şi/sau a fluidelor.

-adrenalină 100 µg/kg

- Continuă bucla reprezentată de ciclul masaj cardiac/adrenalină

Disociaţia electromecanică[1]

- Ventilează & intubează 100% oxigen
- Acces IV sau intraosos (p.364)
- Adrenalină 10 µg/kg
- Administrează fluide 20ml/kg
- Începe ciclul masaj cardiac/adrenalină:

-masaj cardiac pentru 3 min

-tratează: hipovolemia, pneumotoraxul sub tensiune, tamponada cardiacă, supradozele de medicament, tulburările hidroelectrolitice.

-Adrenalină 100 µg/kg

- Continuă bucla reprezentată de ciclul masaj cardiac/adrenalină

▶NB: dacă nu reuşeşti stabilirea unui acces IV sau intraosos în 90 sec, administrează adrenalină prin tub endotraheal la o doză de 10 ori mai mare.

---

[1] European. Resus. Council & APLS *Guidelines for Paediatric Life Support*, *BMJ* i 1349 incorporating correction made by APLS in 1994 *BMJ* i 1563.

4. Psihiatrie

Traducere de Dr. TEODORA SOLOMON

Partea I: **Clasificare şi definiţii**

Clasificarea tulburărilor psihice - vezi mai jos
Sănătatea mentală şi bolile psihice (şi dificultăţile de învăţare) 370
Idei neobişnuite (halucinaţii, iluzii, idei de influenţă) 372

Partea II: **Tehnici**

Introducere: aptitudini psihiatrice 374
Ascultarea 376
Obţinerea anamnezei 378
Examenul stării psihice 380
Cum să faci:
Cum să ajuţi pacienţii să evite dependenţa de medic 382
Cum să identifici şi să foloseşti toate serviciile psihiatrice 384
Cum să ajuţi pacienţii să nu influenţeze negativ actul medical 386
Cum să recunoşti şi să tratezi propria ta boală psihică 388
Pacientul neglijat (include şi Isteria) 390

Partea III: **Bolile psihice majore şi tratamentele lor**

Depresia 392-3
Suicidul şi tentativa de suicid 394
Cum să faci faţă ameninţărilor de suicid 396
Medicamentele antidepresive 398
Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS) 400
Terapia electroconvulsivantă 402
Nevroza anxioasă 404
Alte nevroze 406
Stresul şi tulburările post-traumatice de stres 407
Anorexia şi bulimia nervoasă 408
Bolile psihice organice (inclusiv demenţa) 410
Rezultatul testelor mintale 413
Psihozele (inclusiv mania) 414
Schizofrenia: concepte 416
  diagnostic şi prognostic 418
  tratament 420
Toxicomania şi farmacodependenţa 422
Alcoolismul 423
Tulburările de personalitate şi psihopatiile 424
Deficienţa mintală şi dificultăţile de învăţare 425
Întreruperea medicaţiei psihotrope 426

Partea IV: **Psihoterapia**

Introducere în psihoterapii 428
Terapiile comportamentale şi cognitive 430
Psihoterapia de grup 432

Intervenţia în criză 434
Psihoterapia de susţinere 436
Sfătuirea 436
Strategii în psihoterapia pe termen lung 438
Terapia sexuală a cuplurilor 440
Psihoterapia structurată a familiei 442
Terapia prin joc 444
Compararea psihoterapiilor (sau: Poate fi adevărat că toţi au câştigat şi toţi vor primi premii?) 446
Fragmente din jurnalul unui psihoterapeut 448-456

Partea V: **Medicul psihiatru - temnicerul pacienţilor**

Spitalizarea obligatorie 458
Consimţământul la tratament 460

Alte subiecte

Autismul 462
Tulburările afective sezoniere (TAS) 464
Terapia comunitară 464
Sărăcia şi sănătatea mintală 466

Pagini importante în alte capitole Psihoza puerperală p. 164; boala Alzheimer p. 836; sindromul Asperger şi autismul p. 837; consultul şi analiza consultului p. 484-6; probleme sociale şi etnice p. 528&500; prescrierea şi acordul la tratament p. 526; probleme comportamentale în copilărie p. 242.

Tablă de materii suplimentară

Adaptată după Clasificarea Internaţională a Bolilor (modificată).

Diagnosticele psihiatrice majore ale adultului sunt:

Tulburările afective:			
Sindroamele depresive	392	Bolile organice: acute	410-412
Mania	414	Cronice (demenţa)	410-412
Nevrozele:		Schizofrenia	416-420
Nevroza anxioasă	404	Stările paranoide	415
Nevroza obsesivă	406	Alte psihoze	415
Nevroza fobică	406	Retardarea mintală	425
Depersonalizarea	406	Tulburările de personalitate	424
Nevroza isterică	406	Alcoolismul	423
Tulburări sexuale	440	Farmacodependenţa	423

Probleme ale sistemelor de clasificare:

- Nici un sistem nu poate fi la fel de bun în conducerea tratamentului şi în exemplificarea deosebirilor biologice de bază. De exemplu, depresia cuprinde secţiunea nevroză/psihoză, iar mania are atât componente afective cât şi psihotice.
- Nu există un sistem de clasificare corect, ci numai unul mai mult sau mai puţin util. Este bine să ne amintim că în Antichitate (după cum relatează Borges) primele 6 categorii ale clasificării acceptate a animalelor erau: **1** Animale care aparţin împăratului. **2** Animale îmbălsămate. **3** Animale dresate. **4** Purcei de lapte. **5** Sirene. **6** Animale fantastice. Nu ştim câte sirene şi alte fiinţe fantastice sunt incluse în sistemul de clasificare de mai sus.
- Nu toate categoriile diagnostice au aceeaşi valoare. Dacă un pacient care are manifestări de schizofrenie (de ex. halucinaţii) se dovedeşte ulterior că prezintă psihoză oganică (de ex. determinată de o tumoră cerebrală), diagnosticul de schizofrenie este subordonat de obicei categoriei diagnostice mai puternice a bolilor organice. Aceasta este un exemplu "de ierarhie a diagnosticului", în care boala organică devansează schizofrenia şi psihozele afective, care la rândul lor "devansează" nevrozele.
- Fiecare pacient este unic - şi nu este doar un membru al clasei.

Sănătatea mentală şi bolile psihice.

Esenţa sănătăţii mentale. În mod ideal, oamenii sănătoşi au:

- Capacitatea de a iubi şi de a fi iubiţi. Fără această însuşire de bază fiinţele umane, mai mult decât toate celelalte mamifere, nu se dezvoltă armonios.
- Puterea de a accepta schimbarea şi nesiguranţa fără teamă şi de a înfrunta teama de raţional într-o stare de optimism practic.
- Un dar de a risca deliberat de a se debarasa de obsesia celor mai groaznice scenarii interminabile.
- Rezerve de *joie de vivre* spontană şi o sferă largă de răspunsuri emoţionale (inclusiv emoţii negative precum supărarea; acestea sunt importante pentru motivaţie, la fel de bine cum sunt un antidot natural al durerii).
- Contact eficient cu realitatea: nici prea puţin, nici prea mult. (După cum a spus T.S. Eliot, fiinţa umană nu poate suporta prea multă realitate.)

- O imaginaţie bogată care dă lumii posibilitatea să existe speranţă şi creativitatea pentru a prospera.
- Un grad de autocunoaştere care încurajează exercitarea abilităţii de autovindecare şi de vindecare a altora.
- Puterea de a spune " Am greşit" şi de a învăţa din experienţă.
- Un sentiment satisfăcător de siguranţă şi de apartenenţă în cadrul societăţii.
- Capacitatea de a satisface cererile grupului, combinată cu liberatatea de a alege exercitarea acesteia.
- Libertatea propriei exprimări aşa cum o doreşte.
- Capacitatea de a încerca vraja, de a avea un stimulent de veneraţie.
- Capacitatea de a împlini dorinţele trupeşti ale sale şi ale altora.
- Un simţ al umorului care să compenseze absenţa unor însuşiri de mai sus.

Fericirea nu trebuie să fie un element al sănătăţii mentale; într-adevăr cei fericiţi pot fi extrem de vulnerabili -tot ce trebuie este ca fericirea lor să fie îndepărtată.

Însuşirile de mai sus sunt importante, deoarece reprezintă nevoile unei persoane; de asemenea, însuşirile de mai sus pot fi privite ca un fel de "proiect pentru supravieţuirea rasei umane".

Esenţa bolilor psihice. Atunci când gândurile, sentimentele sau senzaţiile anormale ale unei persoane îi cauzează o afectare obiectivă sau subiectivă care este persistentă, se poate spune că există o boală psihică. Frecvent bolnavul afectează societatea, dar acest lucru nu trebuie inclus în definiţia bolii psihice deoarece s-ar crea posibilitatea de a afirma că, de ex., toţi acuzaţii şi toţi cei care se împotrivesc scopurilor societăţii sunt bolnavi psihici. Dacă o persoană este maniacă, dar nu se plânge de nimic, aceasta devine o boală psihică (definită ca mai sus), numai dacă problema îl afectează -şi acest lucru trebuie judecat de persoanele din acelaşi mediu (în cel mai larg sens al noţiunii). O caracteristică a bolii psihice este aceea că nu poţi avea încredere întotdeauna în judecata pacienţilor, şi deci trebuie prezentată şi judecata altora, de ex. a familiei, MG sau a medicului psihiatru. Dacă există diferenţe de opinii trebuie luată în considerare adoptarea principiului "o persoană un vot", dacă se poate demonstra că se acţionează numai în interesele persoanei afectate. În acest caz medicul psihiatru nu are drepturi de vot speciale - în caz contrar conceptele de sănătate mentală şi boală psihică ajung, în mod periculos sub autoritatea medicului. Numai pentru faptul că medicului psihiatru sau MG nu i se permite mai mult decât un vot, acesta nu îl împiedică să meargă în profunzimea procedurii pe baza cunoştinţelor sale deosebite. Pentru simplitate, legislaţia engleză îi autorizează pe medicii psihiatri să stabilească diagnosticul de boală psihică, salvând alte persoane de a face acest lucru.

Dificultăţile de învăţare (deficienţa mintală) Reprezintă o stare de oprire în dezvoltare, sau dezvoltare incompletă a activităţii psihice, care se caracterizează în special prin inteligenţă subnormală.

Idei neobişnuite

Este important de stabilit dacă un pacient prezintă delir, halucinaţii sau o tulburare de gândire majoră, deoarece în cazul în care acestea sunt prezente, diagnosticul este: schizofrenie; psihoză afectivă; boală organică; sau o stare paranoidă şi nu este vorba de o nevroză sau de o tulburare de personalitate.

Este posibil ca pacienţii să nu dorească să vorbească despre problemele lor. Ei trebuie întrebaţi delicat: "Aţi avut vreodată gânduri care, par neobişnuite - cum că ar exista o conspiraţie împotriva dumneavoastră, sau că sunteţi controlat de o voce dinafară sau de către radio?".

Halucinaţiile sunt experienţe senzitive (auditive, vizuale, gustative sau tactile) care apar în absenţa unui stimul. Halucinaţiile întâlnite adesea înaintea instalării somnului sau după trezire (hipnagonice/hipnopompice) nu sunt elocvente pentru psihopatologie. O pseudo-halucinaţie se caracterizează prin aceea că pacientul ştie că stimulul este în gândirea sa (de exemplu o voce auzită în interiorul său, mai degrabă decât peste umărul stâng). Ele sunt mai frecvente şi deşi pot fi un semn important - de exemplu o halucinaţie adevărată este interiorizată înainte de a fi desfiinţată complet, ele nu trebuie să indice o boală psihică. Halucinaţiile vizuale şi tactile sugerează o boală organică, în timp ce halucinaţiile auditive sugerează o psihoză.

Delirurile Sunt convingeri menţinute, nemodificate, indiferent de orice contra-argument, şi care sunt neaşteptate având în vedere nivelul cultural al pacientului. Convingerea este de obicei (dar nu întotdeauna) falsă. Convingerea care apare formată complet, fără evenimente sau experienţe anterioare care să le explice, se spune că este *primară* şi sugerează intens schizofrenia. Asemenea iluzii se formează în jurul unei "percepţii delirante", după cum ilustrează cazul pacientului care, când vede lumina verde a semaforului (percepţia delirantă) ştie că a fost trimis să elibereze oraşul său natal de materialism. De obicei, anamneza atentă dovedeşte că delirul este secundar -de exemplu, o persoană care este deprimată se poate să gândească despre sine că este pur şi simplu inutilă.

Ideile de influenţă. Pacientul simte că alte persoane observă lucruri de care lui îi este ruşine. Ceea ce deosebeşte aceasta de delir este aceea că pacientul ştie că ideile se formează în interiorul lui şi că sunt exagerate. Este important să se deosebească delirurile şi halucinaţiile de ideile obsesive. În cazul oricărei idei neobişnuite trebuie realizată o descriere clară astfel încât să se poată decide dacă o persoană aude ideea ca o voce (halucinaţie); dacă ea crede că vocea este introdusă în capul ei - impunerea ideii (delir) sau dacă persoana ştie că ideea vine într-adevăr de la ea însăşi, deşi este parazitară (observă). O idee obsesivă este un simptom nevrotic, nu unul psihotic.

Tulburări de gândire majore Acestea se recunosc din discuţia persoanei. Ea trece de la o idee la alta într-un mod bizar (vezi mania-fuga de idei, p.414 şi schizofrenia, p.418).

Idei neobişnuite

Notă: pentru a stabili prezenţa unei halucinaţii sau a unei iluzii, întreabă-te:

1 Dacă este o boală psihică. Auzirea vocii unui soţ recent decedat este o halucinaţie frecventă , care nu indică o boală psihică. **2.** Ar putea fi ideile neobişnuite adaptate - şi pacientul lăsat cu boala lui ? Răspunsul este de obicei "NU", dar sunt şi excepţii: odată o femeie a crezut că a văzut avioane zburând deasupra casei ei şi că această informaţie i-a fost scoasă din minte de către Ministerul Britanic al Apărării. Ea "ştia" că joacă un rol cheie în apărarea Marii Britanii. Când femeia a fost vindecată de aceste deliruri s-a sinucis.

Introducere: aptitudini psihiatrice

Începând studiul psihiatriei, este posibil să te simţi lipsit de aptitudine. O problemă "medicală" va fi o uşurare pentru că ştii ce trebuie să faci. Nu descuraja: ai deja o mulţime de aptitudini (care le vei lua drept bune). Scopul acestui capitol este de a clădi pe aceste aptitudini. Nimeni nu poate trăi foarte mult timp fără să observe bioritmul stării psihice atât al propriei persoane cât şi al colegilor, fără să inventeze metode care minimalizează ceea ce este inconfruntabil şi să maximalizeze ceea ce este bun.

Oricine a susţinut vreodată un examen important ştie ce este anxietatea şi oricine a trecut vreodată unul ştie cum să-şi învingă anxietatea, cel puţin într-o anumită măsură. Cu toţii am supravieţuit perioadelor de "depresie " şi este interesant să ne întrebăm cum am reuşit aceasta. Primul element este timpul. Un principiu psihoterapeutic important îl reprezintă trecerea, pur şi simplu, a timpului. În psihiatrie multe dintre tratamentele considerate ca având succes reprezintă, odată cu trecerea timpului, puţin mai mult decât protejarea pacientului, iar procesele naturale de vindecare şi refacere a pacientului (şi a familiei sale) aduc îmbunătăţiri. Desigur, există situaţii în care aşteptarea trecerii timpului ar putea avea urmări fatale. Dar aceasta nu împiedică ca principiul să fie unul folositor.

O altă aptitudine cu care suntem cu toţii mai mult sau mai puţin specializaţi este *ascultarea*. Unul dintre principiile de bază ale psihiatriei este acela că le este de ajutor pacienţilor doar simpla ascultare de către medic a problemelor lor. Tot aşa cum nouă ne este de ajutor să vorbim despre problemele noastre, la fel acest lucru poate fi de imens ajutor pentru pacienţii noştri, în special dacă ei au fost izolaţi sau s-au simţit singuri, ceea ce reprezintă o experienţă foarte frecventă.

Întocmai cum refacerea şi ameliorarea spontană sunt frecvente în psihiatrie, la fel este şi recăderea. Examinând registrul de internări al oricărui serviciu de psihiatrie de afecţiuni acute este posibil să se evidenţieze că aceleaşi persoane continuă să fie reinternate. Pe de o parte acestea reprezintă un eşec al metodelor psihiatrice, dar pe de altă parte fiecare externare (planificată cu atenţie) este un succes.

Adesea există o infrastructură complexă pentru menţinerea pacientului în comunitate. Aceasta include întâlnirile de susţinere în grup, şedinţele de terapie de grup şi excursiile sociale în afara spitalului. Nu toţi avem aptitudini pentru aspectele simple ale vieţii cotidiene, dar prin redobândirea de către pacienţi a acestor aptitudini noi le dăm posibilitatea să facă primii paşi în refacerea vieţii lor după o boală psihică gravă.

Prin urmare, *timpul*, *ascultarea* şi *aptitudinile vieţii cotidiene* reprezintă instrumentele principale, iar cu aceste intrumente simple se pot realiza multe în refacerea punţilor dintre pacient şi lumea lui exterioară. Aceste aptitudini sunt simple comparativ cu unele aptitudini extrem de elaborate precum psihanaliza şi hipnoza, pentru care psihiatria este renumită. Esenţa aducerii lor în prim plan este ca nou venitul în psihiatrie să nu creadă că este nevoie de un îndelung studiu teoretic înainte de a începe psihiatria. Dimpotrivă, te poţi angaja în existenţa psihiatriei din prima zi de lucru în saloane.

Ascultarea

▶Nu trebuie neapărat să faci ceva - *Ascultă!*[1]

Odată unul dintre noi a avut şansa să lucreze într-un serviciu de psihiatrie pentru afecţiuni acute cu un chirurg care înainte de a se deprinde cu obiceiurile psihiatriei, după ce şi-a înregistrat pacienţii, se plimba fără ţintă în susul şi în josul salonului întrebându-se când va începe acţiunea principală a zilei, fiind nerăbdător să se apuce cu zel să vindece oamenii. Fără îndoială, ceea ce aştepta el era un fel de echivalent al listei operatorii; dar neştiind unde să găsească una, înainte de a-şi da seama treptat că realizarea unei anamneze a pacientului psihiatric nu reprezintă o "evaluare pre-operatorie", ci chiar începutul operaţiei, el s-a aflat în încurcătură. Chiar şi manualele de psihiatrie destul de avansate par să fi omis opinia acestui chirurg descriind psihoterapia ca ceva care trebuie să aibă loc numai după "o anamneză psihiatrică completă" şi după evaluarea problemelor care trebuie luate în considerare pentru tratament.[2]

Desigur, nu există nimic asemănător cu o anamneză psihiatrică completă. În descrierea evenimentelor psihologice semnificative ale unei singure zile chiar şi cei mai buni scriitori (ex James Joyce în *"Ulise")* necesită numeroase volume.

Prin realizarea anamnezei şi prin acordul pacientului cu privire la sarcinile care trebuie duse la bun sfârşit, tratamentul este deja început - mai mult decât atât, pentru unii pacienţi aceasta reprezintă tot ceea ce este necesar.

Realizarea anamnezei are un proces activ şi sugerează o listă de întrebări, iar formatul paginii noastre cu privire la acest proces (p.378) pare să perpetueze această eroare. Nu este o problemă de a "lua" ceva. Este mai mult o problemă de ascultare a anamnezei şi de a-i permite să se dezvăluie. Dacă pui numai întrebări, vei primi în schimb numai răspunsuri. În timp ce anamneza se desfăşoară, stai şi ascultă. Evită întreruperile în primele trei minute. Fii pregătit pentru perioada de tăcere. Dacă sunt necesare puncte de reper încearcă ".....şi după aceea cum te-ai simţit ?" sau numai "..... şi după aceea ......"; sau pur şi simplu repetă ultimele cuvinte spuse de pacient. Nu fi prea neliniştit dacă pacientul pare să nu parcurgă părţi importante ale anamnezei. În timp ce interviul se desfăşoară, dirijează-l spre aceste părţi printr-un control al discuţiei. La început trebuie să pui întrebările relevante (detaliate la p.378) într-un mod destul de direct (dacă informaţiile nu apar în decursul discuţiei libere de la început), dar este important să treci prin acest stadiu ca un preludiu pentru obţinerea informaţiilor prin metode mai puţin supărătoare.

Care este scopul acestei ascultări? Ascultarea dă posibilitatea pacienţilor *să aibă încredere* în noi. Pacienţii deprimaţi, de ex., cred adesea că nu se vor face niciodată mai bine. Pentru a crede că *se pot* simţi mai bine, pacienţii trebuie să aibă încredere în noi, iar această încredere reprezintă adesea începutul procesului terapeutic. În general, cu cât ascultăm mai mult, cu atât mai mare va fi încrederea lor în noi. Încrederea pe care pacienţii o au în noi poate fi una dintre motivaţiile noastre principale, în cel mai bun caz determinându-ne să le urmărim cu toată energia rezultatele. O poveste a confirmat aceasta. O zi din vara anului 334 î.e.n; Alexandru cel Mare era bolnav şi avea febră. Şi-a consultat medicul, care i-a prescris un medicament. Mai târziu el a primit o scrisoare care spunea că medicul său, fiind membru al unui complot, încearcă să-l otrăvească (era o epocă a intrigilor frecvente şi adesea fatale). Alexandru cel Mare s-a dus la medicul său şi a băut doctoria, după care i-a dat scrisoarea. Încrederea sa a fost răsplătită printr-o însănătoşire rapidă. Noi credem că este nejustificat să aşteptăm *chiar* atât de multă încredere din partea pacienţilor noştri, iar unii se întreabă ce l-a determinat pe Alexandru cel Mare să aibă o asemenea încredere nepieritoare în medicul său. Mai presus de toate, noi avem deplina încredere că un asemenea medic trebuie să fi fost un bun ascultător.

1 Aforism creat de Dr. A Storr

2 M Gelder 1989 *Oxford Textbook of Psychiatry*, pages 577 -8, OUP

Obţinerea anamnezei

Prezintă-te şi explică-i pacientului cât timp va dura interviul. Descrie scopul interviului. Află cum a ajuns pacientul să fie trimis la tine şi care sunt speranţele lui (de ex. în legătură cu tratamentul). Dacă pacientul neagă că ar avea vreo problemă sau nu doreşte să înceapă să vorbească despre el, nu îl grăbi. Încearcă înrebându-l "Ce mai faci?" sau "Ce ţi s-a întâmplat?" sau "Care sunt problemele cele mai importante?". Un alt mod de abordare pentru pacienţii internaţi este stabilirea motivului pentru care MG a trimis pacientul, după care întreabă pacientul ce crede despre aceasta. Stai şi ascultă fără să întrerupi, notând fragmente exacte din ceea ce spune pacientul. Realizează un control mai bun al discuţiei după aproximativ 3 minute, pentru a parcurge următoarele subiecte.

Simptomele actuale. Încă de la început fii de acord cu pacientul cu privire la o listă de probleme şi fii sigur că aceasta este cuprinzătoare de ex., întrebând "Dacă noi am putea să ne ocupăm de toate aceste probleme, s-ar îndrepta lucrurile atunci?" Apoi i-a fiecare problemă pe rând şi află despre debut, durată, efecte asupra vieţii şi familiei; evenimente care coincid cu debutul; soluţii încercate; motive pentru care au eşuat. Următorul pas îl reprezintă întrebările despre starea psihică şi convingerile din ultimele săptămâni (aceasta diferă de examenul stării psihice, p.380, care se referă la starea psihică în momentul interviului). În mod precis verifică: **gânduri, planuri sau acţiuni suicidare-** cu cât acestea sunt mai specifice, cu atât pericolul este mai mare. Discuţia despre suicid nu creşte pericolul. Întrebări care trebuie avute în vedere: "Te-ai simţit vreodată atât de deprimat încât să te gândeşti să-ţi faci rău?" "Ţi-ai făcut vreodată rău?" "Ce te-a oprit să-ţi faci mai rău decât atât cu adevărat?" "Ţi-ai făcut vreun plan suicidar detaliat?" " Ai luat pastile în acest scop?"

Depresia - adică tristeţe, auto-depreciere ("sunt inultil"), vinovăţie ("Este numai vina mea?"), lipsă de interes pentru hobby-uri şi pentru prieteni la care se adaugă markerii biologici ai depresiei (trezire matinală, apetit şi activitate sexuală diminuate, scădere ponderală); **mania** (p.414); simptome de **psihoză** (idei de persecuţie, deliruri, halucinaţii, p.372); consumul de **medicamente** şi **alcool; idei obsesive; anxietate; tulburări ale apetitului** (de ex. la femeile tinere -adesea involuntare şi importante). Observă **comportamentul compulsiv** (de ex., spălare excesivă a mâinilor).

Situaţia actuală Locuinţă, finanţe, ocupaţie, căsătorie, prieteni.

Istoricul familial Sănătate fizică şi mentală, ocupaţie şi personalitatea membrilor familiei. Cine este cel mai apropiat de cine? Există naşteri de feţi morţi, avorturi?

Naşterea, creşterea şi dezvoltarea. Cum şi-a petrecut viaţa? Întreabă despre şcoală, joacă (singur? cu prietenii?), hobby-uri educaţie suplimentară, religie, ocupaţie, sex, căsătorie. A fost întotdeauna timid şi singuratic sau leagă uşor prietenii? A avut probleme cu legea? Ce stres a avut şi cum i-a făcut faţă? (observarea caracteristicilor nevrotice precoce - roaderea unghiilor, sugerea policelui, capricii alimentare -este rareori utilă).

Personalitatea premorbidă Înainte de a se întâmpla toate acestea cum erai? Optimist, tensionat, adesea deprimat? Impulsiv, egoist, timid, agitat, irascibil, rigid, nesigur? ▶Discută cu oricine îl însoţeşte (de ex. soţia) pentru a clarifica personalitatea premorbidă (precum şi problemele actuale).

După aceea examinează starea psihică (p.380).

În mometul de faţă poţi stabili un diagnostic. Asigură-te că aspectele anterioare au fost tratate în lumina acestui diagnostic, astfel încât întrebările **"De ce prezintă această boală în acest moment?"** şi **"Care sunt consecinţele bolii?"** au primit răspuns.

Examenul stării psihice

Evaluează starea psihică în momentul desfăşurării interviului. Consemnează în capitolele următoare:

- *Comportamentul observabil:* Ex: lentoare exagerată, semne de anxietate.
- *Tipul activităţii verbale:* Inclusiv ritmul vorbirii, de ex. scăzut sau accelerat (logoree). Observă conţinutul vorbirii.
- *Starea psihică:* Observă gândurile de auto- şi hetero- agresiune. Compară propriile tale răspunsuri cu ale pacientului. Râsul şi ideile de mărire ale pacienţilor maniaci sunt contagioase după cum este, într-o mai mică măsură, exprimarea gândurilor de către o persoană deprimată.
- *Convingeri:* De exemplu, asupra propriei persoane, propriului corp, asupra altor persoane şi asupra viitorului. Observă convingerile anormale (deliruri), de exemplu gândurile care sunt auzite şi ideile (exemplu de persecuţie, de mărire). Vezi p. 372.
- *Senzaţii neobişnuite sau halucinaţii:* observă tipul, de exemplu vizuale.
- *Orientarea:* în timp, spaţiu şi la propria persoană. În ce zi suntem? Ce oră este? Unde ne aflăm? Cum te cheamă?
- *Memoria de scurtă durată:* dă un nume şi o adresă şi verifică ceea ce îşi aminteşte după 5 minute. Înainte ca cele 5 minute să treacă, convinge-te că a reţinut adresa clar.
- *Memoria de lungă durată:* Amintirea problemelor actuale. Cine este preşedintele? (Aceasta verifică şi alte funcţii ale SNC, nu numai memoria).
- *Atenţia:* Prezentarea lunilor din an care au trecut; vezi p. 413.
- Observă discernământul pacientului şi consecinţele *raportului* efectuat.

Comportamentul non-verbal *De ce suntem supăraţi când roşim, dar ne face plăcere când prietenii noştri păţesc la fel?* Parte a răspunsului la această întrebare o reprezintă faptul că comunicarea non-verbală este mai puţin controlată decât comportamentul verbal. Astfel se explică de ce prin studiul comportamentului non-verbal se pot obţine date importante, în special atunci când analiza comportamentului verbal nu a fost relevantă. De exemplu, dacă un pacient care neagă consecvent că este deprimat stă îmbrăţişându-se, într-o atitudine de autocompătimire, rămânând într-o tăcere sumbră perioade de timp lungi ale interviului, şi vorbeşte în şoaptă, lent, monoton, fără nici cel mai neînsemnat gest sau contact vizual - probabil că vom crede ceea ce vedem şi nu ceea ce ar părea să ne spună pacienţii noştri.

Elementele comportamentului non-verbal

- Privirea şi privirea reciprocă
- Expresia facială
- Surâsul, îmbujorarea

- Atitudinea corporală (de exemplu "defensivă")
- Ţinută vestimentară (de exemplu toată în negru)
- Coafura
- Machiajul
- Podoabele corporale (de ex. cercei, tatuaje)

Semne ale halucinaţiilor auditive:

- Râsul inexplicabil
- Tăcut şi confuz în timp ce ascultă "voci" (dar ar putea fi o criză "de absenţă" p.312)
- Gestică necoordonată şi lipsită de sens

Comportamentul anxios:

- Agitaţie, tremurături
- Roaderea unghiilor
- Mers târşâit
- Agitaţie pe scaun
- Aşezare pe marginea scaunului

Semnele stării depresive:

- Atitudine încovoiată, de autoîmbrăţişare
- Contact vizual redus
- Privire plecată; lacrimi
- Lentoare în: gândire; vorbire; gestică

Ajutarea pacienţilor pentru a evita dependenţa de medic

Un pacient poate deveni total dependent de medicul său. Aceast lucru reprezintă un pericol deosebit în psihiatrie din cauza relaţiei intime şi intense care se creează (comparativ cu cea unilaterală şi asimetrică) între pacient şi medicul său psihiatru -care probabil ajunge să cunoască mult mai mult despre cele mai ascunse speranţe şi nelinişti ale pacientului decât mulţi dintre prietenii lui apropiaţi. Aceasta încurajează pacientul să transfere terapeutului gândurile şi sentimentele care s-ar fi îndreptat în mod firesc către un părinte. Procesul (cunoscut ca transfer activ) reprezintă o forţă puternică în stimularea dependenţei de medic.

Semne ale dependenţei non-terapeutice. Telefoanele repetate pentru sfaturi, incapacitatea de a începe orice joc fără ajutorul terapeutului şi refuzul de către pacient al încercărilor terapeutului de a întrerupe tratamentul (de ex. prin ameninţarea cu recădere) reprezintă, toate, semne de apariţie a dependenţei de medic.

Evaluarea dependenţei ca o problemă. În mod clar în exemplele de mai sus dependenţa pacientului de medicul său este non-terapeutică. În alte cazuri, de exemplu în prima etapă a tratamentului, dependenţa de medic poate fi destul de utilă. În aceste împrejurări pericolul este că medicul poate fi măgulit de încrederea pe care o are pacientul în el. Majoritatea terapeuţilor fie că vor să fie simpatizaţi de către pacienţii lor, fie că vor să-şi domine pacienţii (sau ambele), şi este important de ştiut, în fiecare şedinţă cu fiecare pacient, exact unde te situezi în spaţiul determinat de aceste coordonate.

Întreabă-te "De ce aştept cu nerăbdare să văd acest pacient?" " De ce mă tem văzându-l pe Dl. X?" "De ce îmi pasă dacă pacientul mă simpatizează?"

▶Atunci când te simţi bine după ce consulţi un pacient, întreabă-te întotdeauna de ce (se întâmplă aceasta atât de des deoarece pacientul devine dependent de tine).

Evitarea dependenţei Un mod de a limita dependenţa îl reprezintă planificarea şi acceptarea de obiective concrete şi restrânse. Dacă de la început consimte că nu este treaba ta să-i găseşti o nouă ocupaţie, soţie sau familie, este mai probabil ca el să aibă perspective realiste la terapie.

Un alt pas important în limitarea dependenţei de medic îl reprezintă planificarea externării de la începutul tratamentului. Externarea este uşor de pregătit de către secţia ambulatorie a spitalului, dar pentru medicul generalist conceptul de externare este atenuat şi prin obligaţiile sale contractuale cu pacientul - care este întru totul în drepturile sale să se prezinte în ziua imediat următoare "externării" şi să ceară ca tratamentul să înceapă iar. Pentru a încuraja pacientul să se externeze, medicul trebuie să aibă la dispoziţie metode mai subtile. De exemplu, medicul poate învăţa să pară complet ineficient, astfel ca ciclul dependenţei (pacientul prezintă problema → doctorul prezintă soluţia → pacientul sabotează soluţia → doctorul prezintă o nouă soluţie) nu este niciodată început. O altă metodă este de a-ţi plictisi pacientul reluînd mereu aceeaşi problemă, astfel încît pacientul renunţă singur la control, plecînd spunându-şi "Îmi ajunge cu consultările acestea".

Cum să identifici şi să foloseşti toate serviciile psihiatrice

Orice serviciu psihiatric bun este de mai mare ajutor decât clinicile ambulatorii sau saloanele spitalelor. Ultimele sunt foarte importante, dar nu este corect să susţii că cele mai semnificative practici psihiatrice se desfăşoară în acest loc.

Alternativele la ciclul tratamentelor conduse de medic ale pacienţilor externi /pacienţilor interni includ:

- Echipe terapeutice de psihiatrie comunitară
- Asistente medicale de psihiatrie comunitară solicitate telefonic (APC)
- Echipe de intervenţie în criză
- Servicii de vizitare în week-end şi la ore critice
- Linii telefonice de ajutor
- Grupuri de auto-ajutorare
- Cămine pentru bolnavii psihici
- Centre ocupaţionale (voluntare şi statutare)
- Servicii de ergoterapie
- Locuinţe supravegheate, pentru a nu lăsa bolnavii singuri
- Cămine de grup auto-administrate

Aceste servicii sunt importante nu numai pentru menţinerea pacienţilor în afara spitalului (un prim scop al celor care promovează îngrijirea); ele sunt de asemenea importante în normalizarea treptată a relaţiei pacientului cu mediul înconjurător.

4. Psihiatrie

Cum să identifici şi să foloseşti toate serviciile psihiatrice

Cum să ajuţi pacienţii să nu influenţeze negativ actul medical

Cu toţii am fost influenţaţi de către pacienţi, dar este probabil greşit să încurajăm în noi o asemenea hotărâre de caracter şi inflexibilitate a minţii astfel ca toate încercările pacienţilor de a ne influenţa să eşueze inevitabil. Cu toate acestea,. comportamentul profitor al pacientului este adesea contra-productiv şi practic relevă tulburările de comportament ale acestuia.

Stabilirea limitelor Un mod de a evita să fii prins în plasa comportamentului mal-adaptativ este de a stabili limite de îndată ce acest comportament se manifestă[1]. La un grup mic de pacienţi terapeutul poate recunoaşte că nevoile lor de timp, atenţie, sedare şi protecţie nu sunt, în ciuda tuturor rezultatelor, satisfăcute. Indiferent de ceea ce oferă terapeutul, aceşti pacienţi revin pentru din ce în ce mai mult, dar în ciuda tuturor acestor "oferte" ei nu par să evolueze câtuşi de puţin în mai bine. Următorul pas îl reprezintă înţelegerea faptului că neîndeplinirea cerinţelor necorespunzătoare sau nerezolvabile nu determină evoluţia nefavorabilă a pacientului (deşi s-ar putea să existe proteste zgomotoase).

Această realizare facilitează stabilirea limitelor în comportamentul pacientului, specificând exact ceea ce este şi ceea ce nu este acceptabil.

Ia drept exemplu pacientul care solicită sedarea, ameninţând "să-şi piardă controlul" dacă aceasta nu este aplicată imediat, declarând că el nu poate să mai trăiască încă o zi fără sedare şi că vei fi responsabil de orice deteriorare care ar putea apare. În cazul în care se decide că medicamentele nu joacă un rol în tratament şi că obiectivul pe termen lung îl reprezintă deprinderea pacientului de a fi responsabil de el însuşi, atunci se poate declara simplu pacientului că nu i se va administra medicaţia şi că el este liber să se angajeze în acte distructive; dar în cazul în care se va întâmpla aşa ceva este responsabilitatea lui.

Terapeutul explică că prin solicitarea sedării imediate el îşi uzurpă rolul profesional, care constă în hotărârea acestor probleme ţinând seama de judecata lui de specialist, şi că asemenea uzurpare nu este tolerată. În cazul în care există risc sever de agresiune reală, este indicată internarea în spital, unde se vor stabili limitele suplimentare. Dacă este necesar, i se poate spune pacientului că în cazul în care continuă " să facă pe nebunul" va fi pus într-o cameră izolată, pentru a-i proteja pe ceilalţi pacienţi.

O altă metodă este de a renunţa la autoritatea pe care o ai în atingerea scopului dorit de pacient sau de familia lui. Dacă, de exemplu, tatăl unui pacient care a fost caracterizat ca fiind "psihotic" doreşte foarte mult ca fiul său să aibă internări repetate, dar în acelaşi timp nu poate suferi ideea că, într-un anumit fel, familia agravează situaţia, un terapeut experimentat ar putea progresa astfel printre aceste situaţii periculoase: " Este limpede că soţia dumneavoastră nu se poate înţelege cu băiatul atunci când el aude voci. Deşi noi ştim că ele sunt inofensive, este evident că ele sunt mai supărătoare pentru soţie decât pentru fiul dumneavoastră. De aceea, atunci când nu vă descurcaţi, sunaţi la clinică şi anunţaţi că urmează să sosească fiul sau soţia dumneavoastră. Nu contează cine se internează". În mod evident, asemenea strategii (care pot fi foarte eficiente) necesită planificare atentă şi acordul tuturor celor care se îngrijesc de familia respectivă.

---

1 G Murphy 1960 *American J Pschotherapy* 14 30 - 47

Cum să recunoşti şi să tratezi propria ta boală psihică

Incidenţa suicidului şi a alcoolismului în rândul medicilor este mai mare decât media; de aceea, trebuie să fim pregătiţi să înfruntăm (şi să încercăm să prevenim) aceste riscuri pentru sănătatea vieţii noastre profesionale şi particulare. Aptitudinea de a avea grijă de noi înşine nu este niciodată la fel de bună ca cea de a avea grijă de alţii; dar când însuşi vindecătorul este rănit nu este evident că şi posibilitatea lui de a-i ajuta pe alţii este în mod corespunzător redusă? Bolile noastre sunt inestimabile în înţelegerea pacienţilor noştri şi a ceea ce îi determină pe oameni să consulte medicul (sau să evite să consulte medicul). Dar ideea unui medic bolnav rămâne un paradox pentru oamenii de rând, astfel încât putem întreba: ▶Poate fi puterea spirituală adevărată obţinută vreodată de cineva care se numără printre sclavi?[1] Dacă se întâmplă ca starea noastră psihică să ne reducă serios capacitatea de muncă, noi trebuie să fim în stare să recunoaştem aceasta şi să luăm măsuri adecvate. Următoarele pot indica că acest moment este aproape:

- Consumul de alcool înainte de vizită sau operaţie.
- Reducerea tuturor legăturilor cu pacienţii, astfel că medicul realizează doar minimul necesar.
- Incapacitatea de a se concentra asupra problemei aflată în atenţie. Gândurile tale sunt absorbite complet de sarcinile viitoare.
- Irascibilitatea (definită ca neînţelegerea cu > 1 asistentă medicală/ 24h).
- Sentimente de ruşine sau furie excesivă la revederea eşecurilor precedente. Pentru a evita greşelile ar fi necesar să renunţăm cu totul la medicină.
- Epuizare emoţională (definită ca înţelegerea faptului că medicul ar trebui să se simtă mulţumit sau supărat pe el sau pe alţii dar, revăzând relaţiile sentimentale, rămâne indiferent).
- Studiile prospective sugerează că introversiunea, masochismul şi izolarea sunt factori de risc importanţi pentru afecţiunile medicilor.

Primul pas în contracararea acestor stări psihice nefavorabile este să recunoşti că una dintre ele este prezentă. Următorul pas este să te destăinui cuiva în care să ai încredere. Dă-i minţii tale timp să se refacă.

Dacă aceşti paşi nu dau rezultate, încearcă să elimini simptomul.

De exemplu, dacă eşti chinuit de gânduri repetate despre tratamentul inadecvat aplicat unui pacient, rezervă-ţi timp pentru a reflecta atent asupra problemei. Acesta este primul pas în obţinerea controlului. Mai bine să iniţiezi tu gândul, decât gândul să se lanseze singur. Din momentul în care seria "dăunătoare" de gânduri a început, următorul pas este să le interpui unele subiecte neutre. După exerciţii repetate, odată cu pornirea gândurilor rele, mintea se va vărsa automat în canale neutre, iar ciclul ruşine - reflecţie va fi întrerupt.

Dacă nu se înregistrează nici un progres, înseamnă că a venit timpul să consulţi un specialist, de exemplu medicul tău generalist. Propriul nostru grup de auto-ajutorare confidenţial pentru dependenţă şi alte probleme este reprezentat de "British Doctors and Dentists Group" şi poate fi contactat prin Medical Council on Alcoholism (tel. 071 487 4445). Dacă tu eşti specialistul abordat de către un alt medic, această onoare nu trebuie să te facă să crezi că trebuie să tratezi noul tău pacient într-un mod cu totul special. Tratamentul deosebit conduce la greşeli deosebite şi este mult mai bine pentru pacienţi-medic să urmeze căi tocite de trimiteri, investigaţii şi tratament decât să încerce scurtături iluzorii.

---

[1] Thomas Mann 1924 *The Magic Mounatin*, ppag. 132 - 3, Penguin.

Pacientul neglijat

Unul dintre rolurile medicului psihiatru este să acţioneze ca punct final pentru pacienţii care au fost mutaţi dintr-o clinică în alta. Aceşti pacienţi oferă medicului lor un "recital" de simptome fizice invalidante cărora nu li se găseşte nici o cauză fizică (somatizare). Pacientul ştie că "trebuie să fie ceva în neregulă". În cele din urmă, pacientul neglijat este trimis la medicul psihiatru deoarece medicul declară că nu este "nimic în neregulă" şi că pacientul este doar un hipocondriac. Apoi medicul psihiatru munceşte mult pentru a desface ciclul de prezentare a simptomelor şi a investigaţiilor, recunoscând că este ceva în neregulă. În acest caz obiectivul este de a reîncadra prezentarea simptomelor în probleme care trebuie rezolvate. Aceasta poate începe cu acceptarea de către medic a faptului că pacientul este suferind şi că el aşteaptă răspunsuri utile de la cei care îl îngrijesc şi care urmează să fie precizate. După stabilirea raportului, medicul psihiatru va cădea de acord cu pacientul cu privire la un contract[1] -acela că el va asigura consultaţii regulate pentru a asculta cum se simte pacientul şi va încerca să îl ajute, cu condiţia ca pacientul să recunoască dacă investigaţiile precedente nu au fost de ajutor şi să accepte să nu consulte alţi medici până când nu trece un număr stabilit de şedinţe.

Isteria

Este o boală psihică caracterizată prin semne şi simptome (în absenţa patologiei organice) care se produc *inconştient* (astfel isteria este diferită de simulare sau minciună şi în ciuda utilizării neprofesionale a termenului, nu înseamnă actoricesc, cabotinic). Exemple: paralizia, cecitatea, amnezia -ex. la un pacient violat de o persoană de acelaşi sex: pacientul prezintă amnezie postcritică evenimentului, dar simte un impuls irezistibil de a scrie scrisori ofensatoare, despre persoana care l-a violat. Pentru a decide dacă manifestările sunt isterice, întreabă:

- A fost evaluată atent o cauză fizică?
- Pacientul este tânăr? Fereşte-te să stabileşti primul diagnostic în cazul în care pacientul este de > 40 ani.
- Au fost simptomele cauzate de stres? Întreabă familia.
- Există profituri secundare? adică, merită să perpetueze simptomele? Multe afecţiuni fizice prezintă profituri pentru pacient, aşa încât este utilă absenţa unui asemenea simptom (excluzând isteria).
- Au simptomele "sens" (ex. afonia la un crainic)?
- Indiferenţă faţă de ceea ce trebuie să constituie un handicap major *(la belle indifference)* are numai o valoare diagnosticată redusă.

Majoritatea reacţiilor de conversie isterice dispar spontan, dar dacă aceasta nu se produce pacientul trebuie trimis de urgenţă la un medic psihiatru, înainte ca manifestările isterice să devină curente. Poate apărea nevroza isterică epidemică, în care întreaga comunitate devine implicată, dar ea debutează la membrii cei mai influenţabili. În fuga isterică pacientul dispare câteva zile şi face călătorii lipsite de sens, despre care nu îşi mai aduce aminte.

Prognosticul isteriei Urmărirea, timp de 7 - 11 ani, demonstrează că aproximativ 20% (22/99) din pacienţii diagnosticaţi cu isterie şi trimişi la o clinică neurologică s-au dovedit a avea o afecţiune organică[2]. Problema nu este dacă trebuie, prin urmare, să renunţăm la diagnosticul de isterie, cât de ce medicii neurologi au omis atît de des acest diagnostic.

Tratamentul isteriei Studierea stresului din viaţa pacientului poate ajuta, după cum se arată la p. 448-56. Pentru a da posibilitatea pacientului să retrăiască evenimentele stresante (abreacţie) se poate utiliza hipnoza (sau amylobarbitona IV)

---

[1] C Deighton 1985 *Psychol Med* 15 515 - 20
[2] E Slater 1965 J *Psychosomat Res* 9 9

Depresia

Spectrul depresiei În fiecare an 40% din populaţie prezintă sentimente destul de severe de tristeţe, supărare şi dezamăgire. Din acestea, aproximativ 20% vor prezenta o depresie clinică, în care tristeţea este însoţită de tulburări de somn, modificarea apetitului, lipsa de speranţă, pesimism sau gândiri suicidare. *Diagnosticul* depresiei majore:

- Pierderea interesului sau plăcerii - *anhedonia* în aproape toate activităţile curente, însoţită de o stare disforică (cu alte cuvinte "fără chef") plus ≥4 din următoarele (primele 5 sunt simptome "biologice") - prezentate aproape în fiecare zi timp de cel puţin 5 săptămâni:
- *Apetit scăzut*, cu *scădere ponderală* (sau, rar, apetit crescut).
- *Trezire matinală* -cu *variaţia stării psihice diurne* (rău matinal).
- *Inhibiţie psihomotorie* (adică lipsa mişcărilor spontane sau lentoarea gândirii) sau *agitaţie psihomotorie*.
- Scăderea *apetitului sexual* şi a altor apetituri.
- Semne de scădere a *capacităţii de concentrare*.
- Sentimente de *inutilitate* şi *vinovăţie* sau de *autoacuzare nefondate*.
- *Idei* repetate de *moarte* sau *suicid*, sau *tentative de suicid*.

De ce diagnosticul de depresie majoră este omis atât de frecvent?

- Lipsa cunoştinţelor.
- Interes deosebit pentru afecţiunile fizice.
- Stigmatul diagnosticului de boală psihică.
- Tendinţa de a subestima gravitatea bolii.
- Nu este atât de uşor să recunoşti depresia atunci când ea coexistă cu alte boli (iar cazurile sunt atât de frecvente)[1].

Clasificare:

- Uşoară; moderată; severă.
- Cu/fără manifestări biologice.
- Cu/fără deliruri sau halucinaţii.
- Cu/fără episoade maniacale (forma bipolară/monopolară).

Aceste trei coordonate înlocuiesc vechea clasificare a depresiei în reactivă/endogenă.

De ce prezintă oamenii depresie?

- Genetică: dintre gemenii monozigoţi crescuţi separat 60% pot prezenta depresie comparativ cu gemenii dizigoţi.
- Biochimie: în cortexul frontal al creierului prelevat de la victimele actelor suicidare există exces de receptori pentru 5-hidroxitriptamină (5-HT^2). Vezi MMC, p. 406.
- Endocrinologie: supresia cortizolului (test de supresie la dexametazonă, MMC, p. 550) este anormală în aproximativ 30%. Melatonina este de asemenea implicată (p. 464).
- Evenimente de viaţă stresante (de exemplu naşterea unui copil, pierderea serviciului, divorţ, boală).

- Cauze psihodinamice: pentru Freud depresia reflectă pierderea grea, dar pirderea este a unui "obiect" valoros, nu a unei persoane. Într-o relaţie importantă există ambivalenţă, dar ostilitatea se întoarce către sine. O altă idee pe care munca fizică o susţine este descoperirea neputinţei: dacă pedeapsa nu este întâmplătoare faţă de acţiunile persoanei dar este percepută ca întâmplătoare, reacţia este de neputinţă ceea ce este, după cum cred unii, caracteristica depresiei.
- Factori de risc: afecţiunile fizice, durerea şi lipsa relaţiilor intime poate favoriza apariţia şi evoluţia depresiei.

Tratament Nu există o deosebire clară între stările depresive pe care le avem toţi şi boala care necesită tratament intraspitalicesc energic, dar cu cât starea psihică este mai influenţată şi cu cât inhibiţia psihomotorie este mai accentuată, cu atât tratamentul este mai energic.

- Caracteristicile biologice sugerează un răspuns bun la tratamentul cu *antidepresive:* p.398.
- Delirurile sau halucinaţiile necesită un tratament fizic, adică *TEC* (p.402) sau *medicamentos* (medicamente antidepresive ±antipsihotice, p.420).
- Episodul depresiv al bolii bipolare se tratează ca mai sus, dar observă:
  1. Atenţie la tratamentele fizice: ele pot induce mania.
  2. Profilaxia cu litiu poate fi necesară (p. 414).
- *Tratamentul psihiologic* (p.448-56) este o parte a tratamentului tuturor formelor de depresie; poate fi singurul tratament necesar în depresia uşoară spre moderată.
- *Motive de internare:* cooperare redusă, tendinţă suicidară crescută; izolare.

1. AT Tylee 1993 *Br J Gen Prac* 43 327

Suicidul şi tentativa de suicid

După cum ştim cu toţii, natura a sădit în noi o dorinţă dominantă de a trăi; omul de rând, în general, nu poate înţelege persoane care, cu o energie egală dar opusă, urmăresc să se autodistrugă, îndepărtând urgent tot ceea ce este parţial şi provizoriu pentru a-şi atinge scopul final. Sinucigaşul diferă de multe persoane care se auto-intoxică şi care reprezintă o problemă foarte frecventă. În unele zone, la fetele de 15-19 ani incidenţa auto-intoxicaţiilor este de >1% /an. Majoritatea auto-intoxicaţiilor nu se sfârşesc cu deces, dar în unele situaţii suicidul răspunde de 1/2 dintre decesele adolescenţilor şi este o problemă în creştere la vârstnici.[1,2]

Supradozarea este răspunzătoare de 4,7% din internările în spital la persoanele de 12-20 ani.

Înţelegerea comportamentului suicidar Comportamentul suicidar poate fi un mod de:

- Apărare a onoarei şi a autonomiei, şi evitare a ruşinii (punctul de vedere latin).
- Evitare a lucrurilor înspăimântătoare, de ex. durere, sau a unui alt episod de depresie.
- Controlare a schimbărilor din familie, de ex. când un membru al familiei este pe punctul de a pleca.
- Comunicare a mesajelor importante într-un mod care nu trebuie să fie ignorat.
- Câştigare a puterii în afacerile familiei, prin extinderea conflictului.

Cauzele comportamentului suicidar. Depresia este cauza principală. Un precedent frecvent este *o ceartă* cu un prieten. Imaturitate emoţională, incapacitatea de a face faţă stresului, slăbirea legăturilor religioase, şomajul şi posibilitatea procurării armelor şi a medicamentelor (medicamentele psihotrope sunt cele mai răspândite otrăvuri) sunt de asemenea importante, după cum este comportamentul "imitator": când o personalitate încearcă să se sinucidă, vor urma şi alţii. Copiii care trăiesc sub un stres insuportabil pentru obţinerea succeselor pot acum opta pentru suicid, de ex. în America sau Japonia unde suicidul finalizat este cauza decesului a >600 copii/an. Motivele frecvente sunt rămânerea în urmă cu temele, iar dacă aceasta este şi propria ta stare după ce ai străbătut cu greu prea multe pagini din acest manual închide, pentru numele lui Dumnezeu, această carte şi ia-ţi o vacanţă bună. Australia are cea mai mare rată de suicid pentru vârsta 15-24 ani: 16 /100 000.

În încercarea de a ajuta supravieţuitorii există şase etape:[1]

- Evaluare
- Acordul la un contract de ajutorare (p.396).
- Discuţii cu familia cu privire la modul cum ar putea fi abordate problemele.

- Rezolvarea problemelor prin facilitarea înţelegerii de către pacient a situaţiei dificile şi prin sublinierea modului în care a făcut faţă problemelor în trecut. Scopul este de a genera o capacitate mai mare de a face faţă la probleme în viitor precum şi de a ameliora problemele personale şi sociale imediate.
- Prevenţia: clinici cu internare liberă sau servicii telefonice permanente.
- Supravegherea -fie cu ajutorul familiei , fie cu ajutorul pacientului.

Evaluarea Este asemănătoare unei ţinte cu trei inele concentrice. *Inelul interior* este reprezentat de circumstanţele tentativei, ce s-a întâmplat în ziua respectivă; au fost lucrurile normale la început? Când au apărut sentimentele şi evenimentele care au dus la tentativă? Fă o descriere detaliată a acestora. A existat vreun ultim document (de ex. un bilet suicidar)? Ce a făcut persoana după eveniment? Ce s-a aşteptat să se întâmple după tentativă?

Inelul mijlociu este reprezentat de fundalul tentativei: cum au fost lucrurile în decursul lunilor anterioare? Era posibil ca tentativa să se producă în orice moment în decursul ultimelor luni? Care au fost relaţiile importante în acest timp?

Inelul exterior este reprezentat de familie şi de antecedentele personale (p.378).

După cele menţionate anterior, ajungi la *centrul ţintei* -intenţiile care se ascund în spatele tentativei, sentimentele şi intenţiile actuale. Reprezintă tentativa o dorinţă de a muri (un semn grav, care nu trebuie ignorat); o dorinţă de a trimite un mesaj cuiva; sau o dorinţă de a schimba o situaţie insuporabilă? Întreabă: "Dacă ai părăsi azi spitalul, cum ai face faţă?" Examinează starea psihică (p.380) pentru a descoperi dacă există vreo boală psihică.

Înainte de a interna pacientul, întrebă-l de ce a venit la spital. "Singurul scop este de a te face să te simţi mai fericit?" Scopul trebuie să fie de a obţine ceva ce nu poate fi obţinut în afara spitalului. Dacă internarea pare să fie urgentă întreabă: *"De ce va fi externarea mai sigură peste câteva săptămâni decât acum?"*

---

1 D. Aldridge 1992 Brit J Gen Prac 42 482
2 N Rettersol 1993 Suicide: a European Perspective, CUP

Cum să faci faţă ameninţărilor de suicid

Comportamentul suicidar este foarte puternic. Prietenul: "După ce s-a întâmplat noaptea trecută cred că trebuie să ne despărţim - ar fi mai bine să fim doar prieteni buni.....". Prietena se gândeşte: "Nu ai să te porţi cu mine în acest fel", dar spune: "Deci după toate câte s-au întâmplat nu ne căsătorim?" "E bine să mai aşteptăm puţin, poate". "Deci nu mă mai iubeşti... Am ştiut că ai iubit-o pe Amanda mult mai mult decât pe mine". Pleacă la baie unde înghite mai multe tranchilizante ale mamei. Ziua următoare, la spital, prietenul spune: "Îmi pare atât de rău -nu ştiam că mă iubeşti atât de mult". El se gândeşte: "Nimeni nu a avut niciodată o părere atât de bună despre mine... Imaginează-ţi că vrea să se omoare pentru că nu m-aş căsători cu ea! Mă simt vinovat; nu ar fi trebuit să o aduc în această situaţie...." după care o cere în căsătorie. Acest final dezastruos poate fi complicat de ameninţările de suicid ale Amandei, care este părăsită.

Medicul psihiatru poate fi prins ca într-o plasă în aceste ţesături de ameninţări suicidare şi poate înţelege greşit că persoanele trebuie internate în spital (conform legii dacă este necesar), unde pot fi astfel ţinute sub supraveghere permanentă, prevenindu-se astfel suicidul. Acest raţionament are trei neajunsuri. Unul este reprezentat de ideea că este posibil să previi suicidul prin internare în spital. Nici pe departe nu poate fi vorba de supravegherea permanentă în spital. În al doilea rând, internarea în spital poate să nu realizeze nimic dacă îndepărtează pur şi simplu pacientul de situaţia cu care el trebuie să înveţe să facă faţă. Al treilea motiv este acela că este necesar să se facă deosebire între gesturile suicidare, care au ca scop influenţarea comportamentului altora, şi dorinţa sinceră de a muri.

Înainte de a desăvârşi actul suicidar mulţi vor consulta un medic generalist, deci multe decese ar putea fi prevenite. Este important să întrebi clar pacienţii despre planurile suicidare (p.378). Pentru a decide dacă o ameninţare suicidară are mai mult caracter speculativ decât real, terapeuţii foarte experimentaţi pot încerca să influenţeze comportamentul suicidar prin forţarea persoanei să facă faţă discuţiei suicidare, de ex. întrebând:" Când te vei omorî?" "Cum o vei face?" "Cine va descoperi cadavrul?" "Ce fel de funeralii îţi doreşti? Incinerare, îngropare, cu sau fără flori?" "Cine va veni"?

Persoanele care decedează:
Adesea vârstnicii şi bărbaţii.
Persoanele care locuiesc singure, şomere.
Frecvent bolnavii psihici sau cei cu boli dureroase.
Frecvent consumatorii de medicamente şi alcool.

Persoane care nu decedează:
Tinerii şi adesea femeile.
Persoanele care locuiesc cu familia sau cu prietenii.
Rar bolnavii psihici sau cu boli dureroase.
Rar consumatorii de medicamente şi alcool.

Diferenţierea anterioară nu trebuie luată cu sensul că persoanele care se încadrează în coloana din dreapta necesită ajutor mai puţin activ decât cele care se încadrează în coloana din stânga.

▶*Toate ameninţările suicidare trebuie luate în serios* - dar diferenţierea depinde de grupul căruia aparţine pacientul. Pentru ambele grupuri poate fi utilă realizarea *unui contract* cu pacientul, de ex.:

- Terapeutul va asculta şi va ajuta pacientul cu condiţia ca acesta să consimtă să fie sincer şi să spună terapeutului despre orice gânduri sau planuri suicidare.
- Se stabileşte clar acordul cu privire la problemele care trebuie abordate.
- Se stabileşte tipul schimbării plănuite.
- Specificarea persoanelor care vor fi implicate în tratament (de ex. alţi membri ai familiei, prieteni, MG al pacientului).
- Acordul cu privire la programul şi locul şedinţelor.
- Acordul cu privire la responsabilitatea pacientului de a lucra efectiv cu terapeutul şi de a efectua orice "temă".

Medicamentele antidepresive

Ameliorează starea psihică şi ↑ disponibilitatea simpatică a noradrenalinei sau 5 - HT. Există 3 tipuri: antidepresive triciclice şi substanţe înrudite; IMAO (mai jos); ISRS (p.400).

Explică pacienţilor sceptici că medicamentele *au efect.* Explică-le efectele secundare.

La pacienţii agitaţi administrează un antidepresiv sedativ, de ex.:
Amitriptilină (50 mg/8 - 24h PO. Începe cu 25 - 50 mg seara).
Dothiepin (50 mg/8 - 24h PO. Începe cu 50 - 75 mg seara).
Doxepină (75 mg/8 - 12 h PO. Începe cu 10 - 50 mg seara).
Trimipramină (25 - 50 mg/8 h PO. Începe cu 50 mg cu 2 ore înainte de culcare).

Antidepresivele slab sedative includ următoarele:
Clomipramină (50 mg/8 - 24 h PO. Începe cu 10 mg/24 h). Acest medicament este util în special în caz de manifestări fobice sau obsesive.
Imipramină (10 - 25 mg/8 - 24 h PO, până la 8 tablete de 25 mg /zi).
Lofepramină (70 mg/8 - 12 h PO. Începe cu 70 mg/24 h; puţine ES anticolinergice).
Nortriptilină (25 mg/6 - 24 h PO. Începe cu 10 mg/12h).
Protriptilină (5 - 10 mg PO dimineaţa, la prânz şi la 4 pm. - pentru a evita insomnia, se administrează până la 6 tablete de 10 mg/zi. Este un antidepresiv stimulant.

▶La persoanele în vârstă se administrează dozele mai mici indicate mai sus. Creşte doza în decursul a 10 zile (de ex. la amitriptilină 150 mg/ 24 h PO); dacă efectele secundare permit, menţine această doză ≥ 1 lună înainte de a decide că este ineficientă.

După 2 luni poate fi oportun să reduci doza (de ex. amitriptilină 75-100 mg/24h).

Efecte nedorite Se produc convulsii (raportat la doză), aritmii şi tulburări de conducere (în special cu amitriptilină, care este contraindicată în săptămânile care urmează după un infarct miocardic; este extrem de periculoasă în caz de supradozare - de aceea prescri-o în cantităţi mici; revezi adesea tendinţa suicidară).

Efectele anticolinergice (uscăciunea gurii, tulburări de vedere, constipaţie, reacţie urinară, somnolenţă şi transpiraţii) pot apărea după orice antidepresiv triciclic sau substanţă înrudită în special nortriptilină, amitriptilină, imipramină. Explică aceste efecte pacientului şi arată-i că ele diminuează cu timpul. Până la diminuarea efectelor, sfătuieşte pacientul să nu şofeze şi să nu acţioneze maşini.

De asemenea, pot apărea efecte secundare hepatice şi hematologice şi în special după mianserin. În primele 3 luni de la începerea tratamentului poate apărea agranulocitoză (în această perioadă trebuie efectuate hemograme lunare).

Interacţiuni Contraceptivele orale pot reduce efectul antidepresivelor triciclice. În cazul administrării concomitente de fenotiazine efectele secundare pot fi mai grave. Apare diminuarea efectului unor medicamente hipotensive (de ex. clonidină, dar nu β-blocanţi).

Lipsa răspunsului A fost administrat medicamentul în doză completă timp de cel puţin o lună? (Nu aştepta un răspuns mai devreme). Verifică dacă pacientul urmează tratamentul, revezi diagnosticul. Gândeşte-te la ISRS (p.400) sau la TEC (p.392) sau încearcă o doză mai mică de flupentixol (0,5 - 1 mg PO dimineaţa) sau un inhibitor de monoamino-oxidază (IMAO) -dar nu în asociere cu un antidepresiv triciclic (antidepresivele triciclice se administrează după 21 de zile de la IMAO). Încearcă fenelzina (15 - 30 mg/8 h PO). Pericolul îl reprezintă crizele hipertensive declanşate de anumite alimente sau medicamente, brânză, drojdie (Marmite®) heringi conservaţi, narcotice, medicamente pentru răceală, levodopa, triciclice. Poate apărea pînă la două săptămâni de la întreruperea tratamentului cu IMAO. Pacienţii trebuie să aibă asupra lor o fişă care să arate administrarea de IMAO şi alimentele ce trebuie evitate. Dar utilizarea acestor medicamente nu trebuie anulată; incidenţa crizelor este de numai aproximativ 17/98 000 ani pacienţi[1]. Beneficiile pot fi mari, de ex. în cazul în care există suprasensibilitate la respingerea de către prieteni, unele ameliorări de stări psihice, legate de ostilitate, bulimie, hipersomnie, astenie importantă, panică, irascibilitate sau hipocondrie.[1] Moclobemid (150-300mg/12h PO pc) este un nou IMAO-A despre care se spune că prezintă puţine din inconvenientele vechilor IMAO; CI: confuzie, feocromocitom. Nu s-au semnalat efecte secundare la cei 2300 de pacienţi care primesc medicamentul, fără o dietă modificată[2].

---

[1] C Bass *BMJ* ii 345

[2] *Drug Ther Bul* 1994 32 6

Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS)

Mecanismul de acţiune: inhibiţia recaptării 5-HT (serotonina) (MMC, p.406).

Acestea sunt antidepresive eficiente, a căror rată de răspuns este aproximativ egală cu a celor triciclice (60 - 70 %). Avantajele lor principale faţă *de vechile* antidepresive triciclice precum amitriptilina sunt toxicitatea redusă în caz de supradozare şi efectul sedativ redus; principalul dezavantaj este preţul de aproximativ de 30 de ori mai mare. ES (toate ISRS): greaţă (20%), uscăciunea gurii (10%), tulburări de vedere (10%), convulsii, insuficienţă ejaculatorie (10%) şi absenţa orgasmului. În fiecare an decedează 300 - 400 de persoane prin auto - intoxicaţie cu antidepresive triciclice şi substanţe înrudite. În ciuda >60 trialuri cu ISRS şi a meta-analizelor detaliate[1] nu s-au demonstrat avantajele clare ale ISRS, ratele de abandon fiind aparent egale, ceea ce sugerează că din punctul de vedere al pacientului cele două clase de medicamente sunt puţin diferite. Deoarece în trialuri există o constrângere şi o organizare mai bună pentru a asigura "urmarea tratamentului de către pacienţi" pe scurta durată a trialului, se pune problema că transferul ratelor de abandon al tratamentului de la trialuri la consultaţia de rutină sau la condiţiile intraspitaliceşti este nefondat[2]. Deşi există date (cel puţin pentru fluoxetină) care confirmă că administrarea dozelor scăzute recomandate în prezent (20 mg/zi) determină rate de abandon mai mici comparativ cu schemele terapeutice cu doze scăzute de antedepresive triciclice[3], efectul este redus; dar datele obţinute sunt suspecte datorită anomaliei descoperite, conform căreia creşterea dozei de fluoxetină determină de asemenea scăderea ratei de abandon. O altă problemă este aceea că multe studii nu au folosit interviuri standardizate (este dificil de evaluat trialuri în care datele cuprinse se bazează pe impresii).

Dacă riscul suicidar este crescut (p. 394-96) este mai prudent să se administreze ISRS în locul antidepresivelor triciclice. Deşi, unii pacienţi care primesc ISRS vor descoperi alte metode de sinucidere decât înghiţirea medicamentelor prescrise, este totuşi posibil ca vieţile lor să fie salvate prin administrarea acestor medicamente în locul antidepresivelor triciclice tradiţionale precum amitriptilina şi dotiepina (care răspund de 70% din decesele prin intoxicaţie cu antidepresive)[4]. Totuşi, se poate susţine că concluzia este de a evita antidepresivele triciclice vechi, mai toxice: aceasta nu impune administrarea ISRS (lofepramina, de ex., reprezintă o alternativă).

Există unele date conform cărora şofatul este mai puţin influenţat de paroxetin decât de antidepresivele triciclice[5].

Scheme terapeutice ▶Supraveghează atent: riscul suicidar este mai mare în prima etapă. *Sertralină:* 50 mg/24h PO, ↑dacă este nevoie cu câte 50 mg la câteva săptămâni până la maximum 200mg/zi; în decursul a 8 săptămâni se reduce doza până la o doză de întreţinere de 50-100mg/zi PO.

ES: dispepsie, transpirație, ↑GOT (în acest caz se întrerupe tratamentul).

ISRS este medicamentul care determină cel mai puțin agitație sau sedare.

Fluoxetină: 20mg/24h PO. ES: anxietate, insomnie, obnubilare, confuzie, febră, scăderea greutății, ↓ Na+, ↓ trombocitele, ↑ prolactina, sângerări vaginale la întreruperea tratamentului. În caz de rash sau fibroză pulmonară se întrerupe tratamentul. $t_{1/2}$ ≈ 3 zile.

Fluvoxamină maleat: 100 mg/1-24h PO (max. 300mg/zi). ES: agitație, cefalee, tremurături, convulsii, ↓ puls, ↑ GOT (tratamentul trebuie întrerupt).

CI: epilepsie.

Paroxetină: 20 mg în fiecare dimineață (↑ cu 10 până la 50 mg - la vârstnici până la 40 mg). ES: distonie, ↓ Na^+. Rar, absența orgasmului. Semne ale întreruperii tratamentului: transpirații, tremurături.

Precauții

Epilepsie, sarcină/lactație, TEC. Interacțiuni toxice: IMAO, sumatriptan, Li+, teofilină (fluvoxamină), haloperidol (fluoxetină), β-blocanți (fluvoxamină), warfarină. Antagonism cu anticonvulsivante.

---

1 F Song 1993 *BMJ* 306 683

2 T Hale 1993 *BMJ* 306 1124

3 M Robertson 1993 *BMJ* 306 1125

4 S Milne 1993 *BMJ* 306 1126

5 I Hindmarch 1992 *Int Clin Psychopharmacol* 6 suppl 4 65 - 7

Terapia electroconvulsivantă

Indicaţii *Depresia* care:

- Nu răspunde la antidepresive, sau
- Prezintă manifestări psihotice, sau
- Necesită a fi controlată rapid (de ex. pacienţii care refuză să bea, risc suicidar crescut sau *post-partum):* terapia electroconvulsivantă (TEC) reprezintă tratamentul fizic care acţionează cel mai rapid.

Depresia schizo-afectivă: (depresia cu semne de schizofrenie).

Mania: Dacă nu răspunde la tratamentul medicamentos.

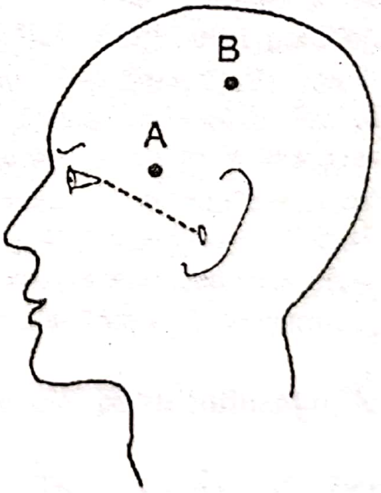
Contraindicaţii: Hemoragie subdurală sau subarahnoidiană recentă.

Precauţii: accident vascular cerebral recent, infarct miocardic, aritmii. ES: amnezie anterogradă; complicaţiile anesteziei.

Consimţământul pacientului, vezi p. 460.

Tehnică: • Verifică identitatea pacientului. Oferă pacientului asigurări cu privire la siguranţa metodei, în afara locului de desfăşurare a terapiei electroconvulsivante (TEC). (Poate fi stresant pentru pacient să privească TEC în desfăşurare.)

- Nu trebuie să fi mâncat nimic de >8h.
- Sunt formularele de consimţământ în ordine (p. 460)? În Marea Britanie, în cazurile rare în care TEC se efectuează fără consimţământ, este necesar un al doilea verdict al Comisiei pentru Sănătate Mentală cu privire la necesitatea tratamentului (p.460).
- Asigură-te că defibrilatorul şi aparatul de aspiraţie funcţionează.
- Asigură-te că medicul anestezist cunoaşte reacţiile alergice şi medicamentele care interferă cu anestezia. Pentru a contracara stimularea vagală indusă de TEC, este posibil ca anestezistul să administreze (pentru a reduce convulsiile) atropină sau scopolamină înainte de administrarea unui agent anestezic cu acţiune foarte scurtă (ex. methohexitonă) asociat cu un relaxant muscular (ex. suxametonin).
- Studiază informaţiile producătorului cu privire la aparatul de TEC, la alimentarea cu energie şi la tipul de curent electric folosit (bidirecţional sau modificat sinusoidal, sau unidirecţional). A fost aparatul verificat recent? Există o restricţie în manevrarea aparatului?
- Stabileşte modul de aplicare a electrozilor: unilateral (la nivelul emisferului nedominant) sau bilateral. TEC unilaterală se asociază cu amnezie anterogradă mai redusă. Când dominanţa este nesigură (de ex. la persoanele stângace) electrozii se aplică bilateral.
- În TEC unilaterală, un electrod (A) se plasează la 4 cm deasupra mijlocului distanţei dintre meatul auditiv şi unghiul extern al ochiului şi celălalt (B) la 10 cm de A, deasupra urechii.



- În TEC bilaterală, electrozii se plasează în acelaşi loc (A), de o parte şi de alta a capului.
- Se aplică puţin gel pe locurile alese (nu atât de mult cât să permită scurtcircuitarea electrozilor).
- În momentul când spune anestezistul, se aplică şocul. Fii pregătit să stăpâneşti pacientul, în cazul în care paralizia este incompletă. În timp ce curentul circulă, muşchii se contractă. După aproximativ 10 secunde apar contracţii clonice suplimentare, care durează aproximativ 1 minut. Singurul semn poate fi contracţia muşchilor pleoapei. Pentru ca TEC să fie complet eficientă este necesară probabil faza clonică.
- Aşează pacientul în decubit dorsal. Ţine-l sub observaţie până devine conştient.

Nevroza anxioasă

Nevroza este reprezentată prin simptome psihopatologice dezadaptative care nu sunt determinate de cauze organice sau psihoze şi care sunt declanşate de obicei de stres. Simptomele sunt: anxietate, depresie, astenie, insomnie, irascibilitate şi uneori, obsesii, compulsii sau somatizare (p.838). Aceste simptome sunt considerate a fi mai intense decât în mod normal - de ex. disproporţionate faţă de stresul care le determină. Ele nu caracterizează numai personalitatea normală a pacientului, ci pot fi o amplificare a personalităţii: o persoană în general anxioasă poate deveni chiar mai anxioasă - de ex. poate prezenta nevroză anxioasă - ca urmare a pierderii serviciului. *Forma* nevrozei este definită de simptomele dominante (de ex. anxioasă, obsesivă, depresivă).

Înainte de a stabili diagnosticul de nevroză, gândeşte-te atent dacă există o boală depresivă subiacentă care poate fi tratată cu antidepresive.

Simptomele anxietăţii: Tremurături, o senzaţie de cădere, "piele de găină", "fluturi la stomac", hiperventilaţie (de ex. care determină acufene, tetanie, ţiuituri în urechi şi dureri toracice), cefalee, transpiraţii, palpitaţii, scăderea apetitului, greţuri, senzaţie de "nod în gât" - chiar şi atunci când nu încearcă să înghită (globus hystericus), dificultăţi la adormire, insomnie, preocupare exagerată pentru funcţiile corporale, gânduri şi acţiuni repetitive (p.406). Simptomele copiilor: sugerea policelui, roaderea unghiilor, enurezis, capricii alimentare, balbism.

Cauze:

- Stres (de ex. munca - sau lipsa ei, zgomotul, mediul familial ostil)
- Evenimente de viaţă (p.392, precum căsătoria sau pierderea serviciului)
- Teorii intrapsihice (de ex. anxietatea reprezintă o energie psihică excesivă şi o manifestare a ostilităţii reprimate sau a tendinţei conflictuale). Comportamentul nevrotic este văzut ca o modalitate de reducere a energiei excesive şi conform teoriei psihanalitice, este mai posibil să apară la persoanele care nu urmează succesiunea normală a etapelor de dezvoltare: orală, anală şi genitală.

Tratament *Controlul simptomatologiei:* Simpla ascultare a pacientului este un mod posibil de diminuare a anxietăţii. Unul dintre obiectivele abordării psihoterapeutice (p.428-56) este de a determina pacientul fie să îşi controleze mai bine simptomele, fie să le tolereze mai bine în cazul în care controlul este absent. Alte obiective sunt îmbogăţirea relaţiilor pacientului cu alte persoane şi ajutarea pacientului în rezolvarea problemelor care îl apasă. Se poate să fie nevoie de ajutorul unui asistent social. *Anxioliticele* pot fi indicate pentru a permite medicului psihiatru să desfăşoare o muncă eficientă. *Exemplu:* diazepam 5 mg/8 h PO timp de < 6 săptămâni. Problemele tratamentului cu benzodiazepine (vezi p. 426) limitează sever utilitatea lor.

Metoda de relaxare progresivă: Pacientul este învăţat să contracte şi să relaxeze grupe musculare într-o anumită ordine - de ex. începând cu degetele de la picioare şi continuînd cu corpul. Concentrându-se asupra acestui exerciţiu, anxietatea şi tonusul muscular scad. Exerciţiile de respiraţie amplă determină modificări asemănătoare. Până la apariţia rezultatelor, pacientul trebuie să practice des aceste exerciţii. Casetele înregistrate comerciale sunt disponibile pentru utilizarea repetată şi ajută procesul de învăţare.[1]

Hipnoza: Este un alt mecanism eficient în diminuarea anxietăţii. Iniţial, terapeutul induce progresiv hipnoza utilizând tehnici precum reveria dirijată şi concentrarea asupra senzaţiilor corporale diferite, precum respiraţia. Mai târziu, unii pacienţi vor fi capabili să inducă autohipnoza.

---

[1] "Adelph One", High St, Bottisham, Cambridge CB5 9 BA, UK (tel. 01223 811679)

Alte nevroze[1]

Nevroza anxioasă are 4 subgrupe:

- Atacul de panică (crize de anxietate paroxistică şi de catastrofă iminentă)
- Nevroza anxioasă
- Nevroza mixtă anxioasă şi depresivă
- Nevroza depresivă

Nevroza fobică Aceasta implică simptome de anxietate, care apar numai în anumite situaţii şi care conduc la evitarea lor. Sunt caracterizate în funcţie de situaţia specifică: agorafobia este frica de aglomeraţii, de călătorii şi de situaţii care se petrec departe de casă; fobii sociale (situaţii când pacientul ar putea fi observat continuu, de ex. dineuri restrânse); fobii speciale, de ex. de stomatolog, relaţii, vineri 13 (triskaidecofobia), păianjenii (arahnofobia), gândaci (îi colorează în roşu cu puncte negre şi devin buburuze încântătoare). De asemenea, poate exista fabo - fobia sau frica de a se face de ruşine prin ţipete necontrolabile.

Este important de aflat exact care este stimulul fobic. El poate fi foarte specific, de ex. călătoria cu maşina, nu cu bicicleta. *De ce* sunt evitate unele situaţii? Situaţiile în care pacientul se teme că este urmărit sau persecutat sugerează mai degrabă paranoia decât fobia.

Nevroza obsesiv - compulsivă Obsesiile pot fi cuvinte sau fraze stereotipe, involuntare şi repetate care se impun subiectului. Ele sunt percepute de pacient ca lipsite de sens spre deosebire de convingerile delirante şi sunt neconforme cu caracterul pacientului deşi îşi au originea în el însuşi (spre deosebire de halucinaţii sau impunerea ideilor). Obsesiile sunt adesea respinse de pacient dar, dacă durează mult, pacientul poate renunţa să le îndepărteze. Un exemplu de comportament compulsiv nonverbal este excursionistul care nu poate niciodată să facă o plimbare lungă deoarece el se întreabă, la fiecare pas, dacă a încuiat maşina şi se întoarce în repetate rânduri să se asigure că, de fapt, o făcuse. Alte exemple sunt ritualurile de spălare (de ex. spălarea mâinilor), numărare şi îmbrăcare. *Tratamentul:* Asemănător cu al celorlalte nevroze (p.404). Dintre antidepresive, numai clomipramina (începe cu 25 mg/zi PO) şi fluoxetina (începe cu 20 mg/zi PO) sunt autorizate pentru tratamentul nevrozei obsesiv - compulsive. Vezi p. 398-400.

Depersonalizarea Reprezintă o stare particulară de percepţie perturbată, în care obiectele (de ex. segmente corporale) sunt resimţite ca fiind schimbate ("ca fiind făcute din vată"), devenind ireale, îndepărtate sau automatizate. Aceasta este o stare subiectivă a propriei persoane şi nu este o manifestare a psihozei. Depersonalizarea poate fi primară sau poate face parte din alte nevroze.

Isteria Vezi p.390.

Tratament: Terapia comportamentală (p.430) este adesea indicată, demonstrând că pacientul doreşte într-adevăr să se schimbe. Antidepresivele (p.398) pot, de asemenea, ajuta atunci când se asociază terapiei comportamentale.

[1] M Gekder 1989 *Oxford Textbook of Psychiatry*, OUP

Stresul şi tulburările post-traumatice de stres[1]

Manifestări clinice Simptome determinate de stres excesiv: gânduri parazitare, dispepsie, durere toracică, lipotimie, palpitaţii, hipertensiune tranzitorie (dar probabil de scurtă durată), hiperventilaţie (MMC, p. 52), meteorism, greaţă, irascibilitate, insomnie, supra- sau subalimentaţie, depresie, scăderea capacităţii de concentrare, scăderea capacităţii de decizie şi interes deosebit pentru lucruri minore.

Reducerea stresului Fumatul, consumul de alcool şi şuetele sunt cele mai răspândite metode. Dacă trebuie început un tratament, iar pacientul nu prezintă astm bronşic, insuficienţă cardiacă sau tulburare de conducere, propranololul (doza: 10 mg/8h PO) poate fi eficient în reducerea simptomelor vegetative - dar efectele secundare sunt frecvente. Metode mai sigure încercate de unele persoane includ: exerciţiile fizice, cântatul, relaxarea progresivă (p.404) şi sfătuirea (p.436).

Tulburările post - traumatice de stres

După o psihotraumă personală sau socială pot apărea: anxietate, depresie, consum de alcool şi irascibilitate. La copii, pot exista enurezis şi refuzul de a merge la şcoală. Este posibil ca simptomele adultului să apară după o perioadă de timp mai lungă. De exemplu, în comunitatea Lockerbie din Marea Britanie, deasupra căreia a explodat un avion cu reacţie, bărbaţii s-au internat (pentru prima dată) cu simptome de stres, legate de acest eveniment, la mai mult de 2 ani după eveniment.[2]

Tratamentul se poate concentra asupra reducerii psihotraumei prin psihoterapie, cu ajutorul unor interpretări profesioniste din partea terapeutului. Totuşi, trebuie subliniat că nu există reţete sigure şi rapide care să garanteze succesul.

[1] D Wilkinson 1991 *BMJ* ii 191 [2] L Dillner 1992 *BMJ* i 1073

Anorexia şi bulimia nervoasă[1]

Epidemiologia anorexiei: Incidenţa: 4-16%/10^6/an. Femei/bărbaţi ≈20. Prevalenţa: 1- 2% din eleve (prevalenţa este mai mare la clasele socio-economice de sus). Ca frecvenţă, este cea de a treia boală cronică a adolescentelor.

Definiţia anorexiei: Există 4 criterii diagnostice:
1 Greutate corporală mai mică de 85% din greutatea ideală.
2 Frica intensă de a nu deveni obeză, chiar şi atunci când este subponderal..
3 Tulburări ale percepţiei greutăţii (de ex. se simte gras atunci când este slab).
4 Amenoree: absenţa a ≥3 cicluri menstruale consecutive (în absenţa administrării anticoncepţionalelor).

Simptome: Acestea debutează de obicei la aproximativ 16-17 ani (12 la băieţi) şi pot fi declanşate de respectarea unui regim alimentar. Adolescentul acordă o importanţă exagerată scăderii ponderale (o idee supraevaluată) şi poate susţine că este respingător de gras, când de fapt, este foarte subnutrit. Pot apărea efortul fizic exagerat şi vărsăturile provocate; poate exista abuz de laxative, diuretice şi medicamente care diminuă apetitul. Pacientul îşi apreciază propria lui valoare după forma şi greutatea lui. Mulţi pacienţi pot prezenta de asemenea, episoade de excese alimentare, urmate de remuşcări, vărsături şi tăinuire. Frecvent coexistă depresie şi tentative suicidare.

Complicaţiile fizice ale scăderii ponderale: Sensibilitate la frig, constipaţie, amenoree, lipotimii, slăbiciune, astenie, ↓ TA, ↓ K^+, ↓ glucoza.

Cauze: Teoriile factorului unic nu sunt susţinute. Pot fi afectate 10% din surori, dar este mai probabil că acest lucru demonstrează importanţa comportamentului familial în menţinerea simptomelor faţă de orice efect genetic direct. Rar, persoanele diagnosticate iniţial cu anorexie prezintă tumori hipotalamice (amenoreea apărută *înainte* de scăderea ponderală este suspectă). Obsesia de a slăbi este văzută de unii lucrători ca un efect de controlare şi obţinere a identităţii. Pot fi de asemenea importante problemele dietetice din copilărie, preocupările alimentare ale părinţilor şi relaţiile familiale care lasă persoana fără un sentiment de identitate. Există puţine baze pentru punctul de vedere conform căruia problema cheie este imaturitatea psiho - sexuală.

Tratamentul: Care este urgenţa? Dacă aceasta este slăbiciunea excesivă, lipotimia, ↓K^+ sau ↓ glucozei, atunci poate fi necesară internarea imediată în spital, posibil sub Mental Health Act, pentru alimentaţie (IV dacă este nevoie). În alte circumstanţe munceşte să construieşti o relaţie de încredere cu pacientul.

Lucrează simultan pe numeroase planuri:

- Creşterea ponderală (scopuri stabilite; obiectivul unei creşteri ponderale de 1,5 kg/săptămână şi a unui index de masă corporală în final de 20-25 - nu sunt necesare alimente speciale).[2]
- Tratează complicaţiile medicale ale inaniţiei.
- Ajută la realizarea relaţiilor (de ex. terapia familială)
- Terapia comportamental - cognitivă (p.430).

La internare sunt îndepărtate avantajele, care vor fi restituite pe măsura creşterii ponderale. *Prognosticul:* 2% din pacienţii cu anorexie decedează (prin inaniţie) şi 16% rămân subponderali severi după 4 - 8 ani. Complicaţiile cardiace sunt cele mai frecvente cauze de deces (↓ K^+ şi prelungirea intervalului Q-T predispun la aritmii).

Bulimia poate afecta aproximativ 10% din femeile tinere. Criteriile de diagnostic sunt:

- Episoade repetate de excese alimentare.
- Lipsa sentimentului de control în cursul exceselor alimentare.
- Folosirea regulată a mecanismelor de învingere a efectelor de creştere ponderală determinate de excesele alimentare (de ex. declanşarea vărsăturilor, laxative, efort fizic excesiv).
- Preocupare excesivă permanentă cu privire la greutatea corporală.
- Greutate corporală mai mare decât cea inclusă în diagnosticul anorexiei (diagnosticul de anorexie îl devansează pe cel de bulimie).

Complicaţii fizice: Hernie gastrică, hematemeză şi complicaţii metabolice prin vărsături (de ex. auto-declanşate) excesive. Poate exista mărirea nedureroasă a glandelor salivare, tetanie şi convulsii. Semnul Russell: calusuri pe faţa dorsală a mâinii, determinate de frecarea mîinii de incisivi în cursul declanşării vărsăturii.[1]

Tratament: Gândeşte-te la tehnicile cognitive sau comportamentale (p. 428-442). De ex., pacientul poate fi de acord să limiteze la o singură cameră din casă spaţiul unde mănâncă şi să mănânce numai la ora mesei. El poate fi de acord să nu păstreze alimente în casă şi, atunci când merge la magazin, să cumpere numai ceea ce este trecut pe lista de cumpărături pe care a conceput-o după o masă satisfăcătoare. Poate fi de ajutor să meargă la cumpărături cu un prieten şi cu atâţia bani cât sunt suficienţi pentru a cumpăra alimentele de pe listă.

Medicamente: Sunt rar folosite; un trial randomizat restrâns demonstrează că fluoxetina (p. 400) ajută la scăderea ponderală şi reduce pofta de carbohidraţi.[3]

Sursă principală: M Gelder 1989 *Oxford Textbook of Psychiatry,* 2 nd Ed,OUP.

1 *Drug Ther Bul* 1992 13 2 P Beumont 1993 *Lancet* 341 1635
3 J Edwards 1992 *BMJ* i 1644

Bolile psihice organice

Bolile psihice organice acute (sindroamele confuzionale acute, sindroamele delirante). Caracteristica principală este starea de conştiinţă modificată, cu debut în decurs de ore sau zile. Acest lucru este dificil de descris; profită de orice ocazie ca să ţi se arate pacienţi care prezintă aceste boli. Când încerci să comunici cu pacientul ai senzaţia că de fapt, el nu este cu tine. Este posibil să fie dezorientat în timp (nu ştie ce zi şi ce oră este) şi în spaţiu. Uneori pacientul este nefiresc de liniştit şi obnubilat; uneori este agitat şi eşti solicitat deoarece distruge salonul. În alte ocazii pacientul este nemulţumit (de ex., el acuză personalul că complotează împotriva lui) sau prezintă halucinaţii. Dacă nu există antecedente personale psihiatrice dar bolnavul se află într-un spital general (de ex. pacientul este bolnav psihic sau a urmat recent o intervenţie chirurgicală), atunci boala psihică este rară iar sindromul confuzional acut este frecvent. Un sindrom confuzional este posibil în special în cazul în care simptomele sunt mai grave către sfârşitul zilei.

Diagnosticul diferenţial: Dacă prezintă agitaţie, diferenţierea se face cu anxietatea (de obicei se deosebeşte rapid prin anamneză). Dacă debutul este nesigur diferenţierea se face cu demenţa.

Cauze: infecţie; infarctul; medicamentele (benzodiazepine, opiacee, anticonvulsivante, digoxina, L-dopa); dezechilibrul U & E ; hipoglicemia; hipoxia; epilepsia; sindromul de abstinenţă la alcool; traumatismul. Pentru o listă completă vezi p. 411.

Investigaţii paraclinice: U & E , HC, gazometrie, culturi, TFH , EKG, RXT. Gândeşte-te la Rx craniană, PL şi CT.

Tratament: 1. Descoperă cauza. Examinează pacientul având în minte cauzele menţionate anterior; efectuează testele necesare. Începe tratamentul de primă iniţiere - de ex. O_2.

2. Dacă pacientul este agitat şi agresiv, necesită sedare, uneori înainte ca examinarea şi investigaţiile să fie posibile. Foloseşte tranchilizante majore (de ex., haloperidol 5-10 mgIM/PO; sau, clorpromazină 50-100 mgIM/PO).

Aşteaptă 20 de min pentru a evalua efectul. Administrează o doză suplimentară dacă este necesar. *Notă:* în sindromul de abstinenţă la alcool administrează clormetiazol (MMC, p.682).

3. Îngrijirea ideală are loc într-o cameră liniştită, *semi-obscură,* cu acelaşi personal (pentru a minimaliza confuzia). Oferă reasigurări şi orientări repetate. În practică, trebuie făcut un compromis între o cameră liniştită şi un loc unde personalul poate supraveghea pacientul îndeaproape.

Bolile psihice organice cronice (Demenţa) *Prevalenţa:* aproximativ 6% din persoanele >65 ani.

Manifestări principale: Regresia memoriei şi deteriorarea globală a funcţiei intelectuale fără afectarea stării de conştienţă.

Obţine o anamneză corectă de la prieteni/rude. Exclude depresia (poate necesita un test terapeutic.).

- Comportamentul: agitaţie psihomotorie; lipsa de iniţiativă; acte repetitive, involuntare; dezinhibiţie sexuală; gafe sociale; furturi din magazine.
- Vorbirea: greşeli de sintaxă; afazie; mutism.
- Gândirea: înceată; incoerentă; deliruri. Memorie scăzută. Absenţa discernământului.
- Percepţia: iluzii, halucinaţii (adesea vizuale).
- Starea psihică: irascibilitate, depresie (precoce); tulburări emoţionale cu schimbări bruşte ale stării psihice şi euforie (tardiv).

Identificarea cauzelor tratabile:

- Hematologie: HC , B_{12}, acid folic (macrocitoza sugerează alcoolism, sau B_{12}/acid folic). VSH (pentru proces malign).
- Biochimie: U&E , TFH, GGT, Ca^{+2} (insuficienţă renală/hepatică, alcoolism, proces malig, cauze endocrine care conduc la ↓ Ca^{+2}). T_4 (hipotiroidie).
- Serologie: pentru sifilis (MMC, p. 218). După discuţia cu persoanele care îngrijesc pacientul, efectuează teste pentru HIV dacă există risc (MMC, p.212 - 4).
- Radiologie: RXT (evidenţierea procesului malign). CT (Hidrocefalie, tumori, hematon subdural, cisticercoza SNC).

Tratament: Dacă au fost excluse cauzele tratabile, explică aceasta rudelor, care se pot simţi incapabile de a se îngriji de un pacient imobil, incontinent şi agresiv. Un dispozitiv cadru pentru mers, un cateter fix, siropul cu promazină (25-50 mg/8 ore PO), îngrijirea zilnică, internare pe perioada vacanţelor şi primirea alocaţiei de îngrijire pot schimba acest tablou. În caz contrar poate fi necesară îngrijirea intraspitalicească de durată. Gândeşte-te să aranjezi să se obţină împuternicirea de a acţiona în numele pacientului.

Cauzele bolilor psihice organice acute şi cronice

	Reacţii organice acute	*Reacţii organice cronice*
Degenerative		*Demenţa senilă, Boala Alzheimer, Jakob-Creutzfeldt, Pick sau Huntington
Alte afecţiuni SNC	Tumoră sau abces cerebral, hematom subdural, epilepsie, psihoză acută posttraumatică	Tumoră cerebrală, hematom subdural, scleroză multiplă, boala Parkinson, hidrocefalie cu presiune normală.
*Infecţioase**	Numeroase, precum meningoencefalita, septicemia, malaria cerebrală, tripanosomiaza	Sifilis, encefalită cronică sau subacută, cisticercoză cerebrală, SIDA.
Vasculare	Accident vascular cerebral (sau accident ischemic tranzitoriu), encefalopatie hipertensivă, LES	Demenţa aterosclerotică tromboembolică multiplă, anemie
Metabolice	*Tulburări hidroelectrolitice, *hipoxie, *insuficienţă renală sau hepatică, cancer non-metastatic, porfirie, *sindrom de abstinenţă la alcool	Insuficienţă hepatică sau renală, cancer nonmetastatic sau metastatic

Cauzele bolilor psihice organice acute şi cronice
(continuare)

Endocrine	Criză hipertiroidiană sau addisoniană, pre-coma diabetică, hipoglicemie, hipo/hiperparatiroidism	T_4↓, boala Addison, hipoglicemie, hipopituitarism, hipo/hiperparatiroidism
Toxice	*Alcool, numeroase medicamente, plumb, arsenic, mercur	*Demenţă alcoolică, abuz de barbiturice sau bromid, prea mult magneziu sau carbon disulfid
Carenţe	Tiamină↓, B_{12}↓, folat↓, acid nicotinic↓	Tiamină↓, B_{12}↓, folat↓, acid nicotinic↓ (pelagra)

*=cauze principale

Soluţii pentru rudele pacienţilor cu demenţă

- Boala Alzheimer este de obicei progresivă, funcţia intelectuală deteriorându-se constant; unele probleme precum agresiunea se pot ameliora în decursul timpului. Atât rata schimbării cât şi durata vieţii este foarte lungă.
- Acceptă orice ocazie pentru a discuta despre situaţia ta dificilă cu alte persoane aflate în aceeaşi situaţie. Această discuţie este adesea la fel de folositoare ca şi discutarea cu specialiştii. Societatea Bolii Alzheimer există pentru a vă face legătura (numărul de telefon din Marea Britanie: 01 81 675 6567).
- Acceptă orice ofertă de îngrijire cu ziua pentru ruda ta. Îţi va oferi un răgaz foarte util de la îndatorirea nerăsplătită de a avea grijă de bolnav.
- Încuie orice cameră din casă pe care nu o utilizezi. Ruda ta nu va observa această restricţie - iar aceasta îţi poate uşura viaţa.
- Încuie orice sertar care conţine hârtii importante sau materiale uşor de distrus. Aceasta va împiedica pacientul să depoziteze în el lucruri inadecvate, precum îngrăşăminte din grădină sau şi mai rău.
- Scoate încuietorile de la baie - astfel ca el/ea să nu se poată încuia pe dinăuntru.
- Relaţiile sexuale normale probabil se vor întrerupe. Soţul trebuie să încerce să nu cadă în cursa întrebărilor "Ce se întâmplă cu mine?". Dacă comportamentul sexual este inadecvat (hipersexualitate) sunt disponibile medicamente. **
- Pregăteşte-te psihologic pentru ziua în care el/ea nu te va mai recunoaşte. Aceasta poate fi o mare lovitură, în afară de cazul în care sunteţi pregătiţi pentru acest eveniment.
- În Mare Britanie, adresează-te Serviciilor Sociale pentru alocaţia de îngrijire.

** Ai în vedere medroxiprogesteron acetat 100 - 200 mg/ 2 săptămâni IM. (M Weinwr 1992 *Lancet* i 1121)

Rezultatul testelor mintale

Aceasta este o metodă cuantificabilă, standardizată, de măsurare a funcţiei intelectuale. Este mult mai utilă pentru măsurătorile în serie. Scorul maxim este 34; normal ≥ 29; o variaţie ≥5 este semnificativă.

Îşi ştie numele	scor 0 sau 1
Îşi ştie vârsta	scor 0 sau 1
Ora, aproape de ora exactă	scor 0 sau 1
Perioada zilei	scor 0 sau 1
Învaţă-l un nume şi o adresă: test de reamintire	după 5 min:
Dl. Ion Negrea	scor 0,1 sau 2
Strada Vestului Nr. 42	scor 0,1 sau 2
Poarta Albă	scor 0,1 sau 2
Ziua din săptămână	scor 0 sau 1
Ziua din lună	scor 0 sau 1
Anul curent	scor 0 sau 1
Locul: de ex. spital	scor 0 sau 1
numele spitalului	scor 0 sau 1
numărul salonului	scor 0 sau 1
numele oraşului	scor 0 sau 1
Recunoaşterea a două persoane	scor 0,1 sau 2
Ziua de naştere	scor 0 sau 1
Oraşul natal	scor 0 sau 1
Şcoala	scor 0 sau 1
Ocupaţia anterioară	scor 0 sau 1
Numele soţiei, fraţilor sau rudelor apropiate	scor 0 sau 1
Numele preşedintelui	scor 0 sau 1
Numele primului ministru	scor 0 sau 1
Anul: Primului război mondial	scor 0 sau 1
Celui de al doilea război mondial	scor 0 sau 1
Lunile din an care au trecut	scor 0,1 sau 2
Numărătoarea 1 - 20	scor 0,1 sau 2
Numărătoarea 20 - 1	scor 0,1 sau 2

Psihozele (inclusiv mania)

În forma ei cea mai complexă, psihoza este prototipul "nebuniei" profanilor, şi semnifică o stare psihică în care contactul cu realitatea este pierdut şi în care toate reperele proceselor noastre psihice normale au fost suspendate şi îndepărtate, abandonându-se toate constrângerile impuse de raţiune şi de etică.

Cele trei manifestări cheie care ajută la diagnosticarea psihozei sunt: halucinaţiile, delirurile şi tulburările de gândire. Toţi aceşti termeni sunt definiţi la p. 372 & 418.

Dacă este prezentă una din aceste manifestări, diagnosticul se limitează la 4 entităţi: schizofrenia (p.418), o tulburare de afectivitate (mania sau depresia p.392), o stare paranoidă sau o boală organică. Deci termenul de "psihoză" nu este prin el însuşi un diagnostic, dar este o denumire utilă, folosită în timpul formulării diagnosticului.

Mania şi hipomania. Oamenii îşi adaptează în mod normal pasul în funcţie de obstacolele întâlnite - dar în manie suntem asemănători unui uragan, crescând viteza internă pe măsură ce ne deplasăm şi măturând totul în calea noastră, către ceea ce uneori poate fi o apoteoză total distructivă.

- Euforie
- Apetit ↑
- Discernământ ↓
- Hiperactivitate
- Idei delirante de mărire
- Dorinţă sexuală ↑
- Dezinhibiţie
- Halucinaţii
- Petrecăreţ
- Idei de supraapreciere
- Logoree
- Supraaprecierea propriei persoane

Stările mai puţin severe sunt denumite *hipomanie.* Dacă depresia alternează cu manifestările de mai sus, se utilizează termenul de *psihoză maniaco-depresivă* -în special dacă există acest diagnostic în antecedentele heredo - colaterale. Variaţiile ciclice ale stării psihice care însă nu se caracterizează de prezenţa tuturor manifestărilor complexe de mai sus se numeşte *ciclotimie.*

Tratamentul & profilaxia: Poate fi necesară sedarea, de ex., cu clorpromazină 25-150 mg/4 - 8 h PO sau droperidol 5-15 mg/4 h IV, sau cu o doză de zuclopentixol acetat (50 - 100 mg IM (fesă) durează 2-3 zile).[1] Dacă cooperarea este bună şi U & E, EKG şi T_4 sunt normale, administrează carbonat de litiu 125 mg - 1 g/12 h PO după cum urmează (nu are efect sedativ, dar creşterea concentraţiei intracelulare are loc în timp).

- Adaptează doza pentru a obţine o concentraţie plasmatică de 0,8 - 1 mmol/l Li^+ măsurată în ziua a 4 -a sau a 7 -a de tratament, la 12 h (± 1/2h) după doza anterioară. Notă: concentraţie mai mică - de 0,4 - 0,6 mmol/l - a fost folosită mai demult, dar se ştie că se asociază cu o creştere de 2 - 3 ori a ratelor de recădere,[1] iar concentraţia recomandată este controversată.
- Verifică concentraţia de Li^+ săptămânal până la administrarea unei doze constante în timp de 4 săptămâni; apoi lunar timp de 6 luni şi apoi dacă se menţine constantă la fiecare trei luni. Efectuează această investigaţie mai frecvent dacă se administrează diuretice, dietă hiposodată sau în sarcină (dacă este posibil evită Li^+).
- Dacă concentraţiile cresc progresiv, suspectează nefrotoxicitate progresivă.
- Investighează creatinina plasmatică şi TSH la fiecare 6 luni; Li^+ afectează ireversibil tiroida şi rinichii (hipotiroidism; diabet insipid, nefrogen).
- Evită schimbarea medicamentelor înregistrate deoarece biodisponibilitatea variază.
- Convinge-te că îţi poţi contacta pacientul telefonic dacă concentraţia Li^+ creşte (>1,4 mmol/l determină contact urgent cu pacientul pentru adaptarea dozei).
- Efecte toxice: tulburări de vedere, D&V, $K^+\downarrow$, somnolenţă, ataxie, tremurături disartrie, hiperextensie, convulsii, psihoză, comă şi şoc.

Mania refractară la tratament: ia în considerare administrarea de carbamazepină (MMC, p.451), şi valproat, TEC.[2]

Psihozele organice Acestea apar după unii stimuli psihici: narcotice, cocaină, amfetamină, acid lisergic, aurolac, afectare cerebrală (de ex., traumatism sau alcool) epilepsie, şi psihoza puerperală, p. 164 (stimulul este naşterea; evenimentele de viaţă asociate şi oboseala sunt de asemenea importante).

Starea paranoidă Acest termen este folosit pentru persoanele care prezintă simptome paranoide (deliruri sau halucinaţii) care privesc relaţiile pacientului cu alte persoane şi la care utilizarea uneia dintre celelalte 4 categorii de psihoză (mai sus) este nejustificată.

O formă frecventă este iluzia de persecuţie ("există o conspiraţie împotriva mea"). Gelozia morbidă (sindromul Othello - p. 846) este un exemplu mai rar.

---

[1] G Goodwin 1994 *Prescrib* J 34 19

[2] N Coxhead 1992 *Acta Psych Scand* 85 114 - 8

Schizofrenia: concepte

Persoanelor cu schizofrenie le este greu să răspundă la întrebările despre senzaţiile lor ciudate; o manifestare care se întâlneşte în mod repetat este aceea că senzaţiile au o încărcătură personală puternică. Uneori pacienţii devin complet absorbiţi de senzaţiile lor, ignorând sau uitând complet de responsabilităţile cotidiene. Alteori, pacienţii îndeplinesc în mod normal multe obligaţii de viaţă.

Modele de prezentare ale schizofreniei

Ca o tulburare a gândirii: Persoana este incapabilă să deosebească lumea interioară de cea exterioară şi nu prezintă nici un etalon valabil care să-i confirme realitatea dincolo de propriile senzaţii, de ex., pacientul poate crede că radioul vorbeşte cu el personal sau că alte persoane pot auzi gândurile lui. Acestea îl fac să fie predispus la mai multe halucinaţii şi deliruri.

Pentru a înţelege acest model nu trebuie să te laşi prins de discuţiile filozofice despre realitatea lumilor interioare şi exterioare. Se poate observa simplu că cei mai mulţi dintre noi deprindem obişnuinţa (sau trucul?) de a face această deosebire (chiar dacă este sau nu justificat să facem aşa) şi folosim această obişnuinţă drept "bază" pe care ne întemeiem viaţa în societate. Dacă nu putem realiza acest truc lumea noastră piere în haos.

Ca o boală comportamentală: Schizofrenia este un model de reacţii de eschivare bine învăţate. Comportamentul reprezintă boala.

Ca ţapul ispăşitor al societăţii:[1,2] Schizofrenia® este un produs creat şi lansat de medicii psihiatri, care le dă posibilitatea să realizeze munca ingrată a societăţii (întemniţarea nesupuşilor). Aceasta este o actualizare a credinţei străvechi exprimate de Sofocle că "aceia pe care zeii vor să îi distrugă, mai întâi îi înnebuneşte" - adică, pe acele persoane pe care societatea vrea să le distrugă (sau să le uite), mai întâi le caracterizează ca fiind nebune.[3]

Ca o boală de familie:[4] Familia schizofrenă este aceea în care membrii schimbă mesaje confuze şi contradictorii care pot fi reconciliate numai când un membru al familiei începe să comunice cu realitatea - deci schizofrenia este privită ca o modalitate de a face faţă insuportabilului. Iată o mamă "schizofrenă" care comunică mesaje contradictorii fiicei ei ce are probleme cu examenele :"Examenele tale sunt foarte obositoare - şi înţeleg perfect de ce te-ai încuiat în camera ta. Fac orice pot ca să te ajut. Trebuie să înţelegi că eu şi cu tatăl tău suntem foarte stresaţi din această cauză: dacă aceasta va determina despărţirea noastră va fi vina ta."

Ca o boală fizico-chimică: Imaginile care evidenţiază funcţia SNC (tomografia cu emisie de pozitroni şi tomografia prin emisie monofotonică) arată modificări fine ale hipocampusului şi lobului temporal (unde s-a raportat că lipsesc receptorii pentru glutamat) în schizofrenie.[5]

Ca o boală politică:[6] Cei care cred că pot ameninţa statul puternic şi monolitic prezintă manifestarea principală a schizofreniei - un sentiment de înstrăinare care necesită "tratament" urgent: acesta a fost destinul multor dizidenţi din fosta Uniune Sovietică.

Modelele nu trebuie să fie în contradicţie. Studiile contradictorii asupra schizofreniei, efectuate pe gemenii monozigoţi (în care modificările din hipocampus sunt evidenţiate numai la cei care prezintă schizofrenie) s-ar putea explica prin ipoteza unui efect genetic care pentru a se exprima, este condiţionat decisiv de mediul înconjurător.[7]

1 T Szasz 1976 *Schizophrenia: the Sacred Symbol of Psychiatry*, Oup
2 R Laing 1965 *The Divided Self*, Penguin
3 E Goffman 1961 *Asylum*, Pelican
4 G Bateson 1956 *Behav Sci* 1 251- 64
5 P Harrison 1991 *Lancet* 337 450
6 S Bloch 1981 *Psychiatric Ethics*, OUP
7 LS Pilowsky 1992 *BMJ* ii 327

Schizofrenia: diagnostic şi prognostic

Simptome de prim rang[1] Există markeri siguri, specifici la aproximativ 70% din pacienţi.

- Impunerea ideilor: "Cineva îmi introduce idei în cap"
- Transmiterea ideilor: "Oamenii aud gândurile mele".
- Absorbţia ideilor: "Gândurile îmi sunt scoase din cap". (Este diagnosticată de obicei numai în prezenţa barajului ideativ, când se produce oprirea fluxului mental cu reluarea unui subiect diferit.)
- (Sugestibilitate) Sentimente de pasivitate: "Cineva îmi ordonă; sunt robotul lor."
- Aude "voci" care se adresează pacientului la persoana a treia (sau repatarea ideilor - *écho de la pensées*).
- Deliruri primare, pe lângă ideile delirante de mai sus.
- Halucinaţii corporale, adică impresia de a fi primitor pasiv şi refractar al senzaţiilor corporale impuse de unele forţe externe - de ex., impresia actului sexual realizat.

În depresie, manie şi bolile organice se evidenţiază şi alte tipuri de halucinaţii sau iluzii; astfel iluziile şi halucinaţiile pasagere sau incomplete şi simptomele negative (diminuarea afectivităţii, sărăcie naţională, gânduri ilogice) sunt mult mai puţin ajutătoare, aşa cum sunt simptomele cu care este greu să fii de acord (de ex. indiferentism afectiv; înstrăinare; lipsa sentimentelor de simpatie - ca şi cum "un panou de sticlă" separă pacientul de alte persoane, mutarea calului - gânduri care îşi schimbă direcţiile, iar pacientul schimbă brusc subiectul; stări afective inadecvate - de ex., râde la aflarea ştirilor rele).

Prezenţa unui simptom de prim rang este foarte sugestivă pentru schizofrenie, dar în evoluţie se poate să nu fi apărut deliruri şi halucinaţii - de asemenea, suspectează boala la persoanele care au devenit retrase, care prezintă simptome negative (vezi mai sus).

Dacă există manifestări psihotice în absenţa simptomelor de primă linie, caută foarte atent depresia sau mania.

Întreabă-te: Este conţinutul iluziei sau halucinaţei sugestiv fie pentru depresie fie pentru manie (de vinovăţie sau de mărire)?

Amfetaminele pot determina simptome asemănătoare cu cele din schizofrenie.

Simptomele cele mai frecvente:
Lipsa discernământului 97%
Halucinaţii auditive 74%
Idei de influenţă (p.372) 70%
Suspiciune 66%
Diminuarea afectivităţii 66%
Voci care vorbesc pacientului 65%
Idei de persecuţie 62%
Idei delirante aprox. 50%

Comportamentul cel mai frecvent:
Retragere socială 74%
Inhibiţie psihomotorie 56%
Lipsa conversaţiei 54%
Scăderea interesului pentru distracţii 50%
Lentoare 48%
Agitaţie psihomotorie 41%
Neglijenţă 30%
Studiere sau mişcări neobişnuite 25%

Prognosticul: Favorabil dacă:

- Debutul este brusc
- Există un mediu familial care îl sprijină
- Nu există simptome negative
- Există simptome depresive.

Ca tratament numai aprox. 7% din pacienţi rămân în spital timp de 2 sau mai mulţi ani după prima internare. 28% nu necesită internări suplimentare timp de cel puţin 2 ani.

Riscul vital al schizofreniei în populaţia generală este de aprox. 1%.

---

1 K. Schneider 1959 *Clinical Psychopathology*, Grune & Strattson

Schizofrenia: tratament

Scopuri Sunt de a trata pacientul şi boala cât de bine se poate - şi de a asigura sprijin şi sfaturi pentru rude. Este internarea necesară? Da, dacă pacientul reprezintă un pericol pentru el sau pentru alţii, sau dacă spitalul este singurul loc unde poţi fi sigur că pacientul va primi tratamentul de care are nevoie. Tratează simptomele acute cu tranchilizante majore (neuroleptice, de ex., clorpromazină 25 mg/8 h PO până la 1 g/zi (500 mg la vârstnici); copii: 0,5 mg/kg/4 - 6 ore PO, dacă > 6 ani 1/3-1/2 din doza adultului, maximum 75 mg/zi).

Acestea reduc de obicei halucinaţia şi delirurile în decurs de trei săptămâni (dar este posibil să nu determine *ameliorarea* stării pacientului); efect complet în 3 luni. Tratamentul pe termen mai lung include ajutarea pacienţilor pentru începerea unei vieţi cât mai normal posibilă, într-un mod planificat, clar.

Urmăreşte să reduci şansa de recădere prin tratament cu neuroleptice continuu şi prin încercarea de a asigura un mediu înconjurător lipsit de stres. Rudele trebuie ajutate pentru a nu fi nici foarte critice, nici foarte protectoare cu pacientul.

Pacientul cu psihoză acută, violent (cazuri rare)

- Recunoaşte semnele de avertizare precoce: tahipnee, pumni strânşi, strigăte, cântă, are agitaţie psihomotorie, mişcări repetitive, pas de defilare, gesticulaţie. Propria ta intuiţie poate fi de ajutor în această situaţie. La primul semn de violenţă caută ajutoare. Dacă eşti singur, asigură-te că eşti mai aproape de uşă decât de pacient.
- Nu sta singur cu pacientul; dacă este nevoie cheamă poliţia.
- Încearcă să-l calmezi şi să vorbeşti cu pacientul. Nu îl atinge. Foloseşte limbajul corporal pentru a-l calma (stai liniştit, cu palmele desfăcute, atent[1]).
- Obţine consimţământul lui. Dacă pacientul nu este de acord cu tratamentul, poate fi administrat tratamentul de urgenţă pentru a-i salva viaţa, sau pentru starea lui care se agravează sever -cu aprobarea verbală a oricărui medic.
- Foloseşte forţe minime pentru asistenţa pacientului (dar poate fi nevoie de bărbaţi puternici).
- Dacă este necesar administrează unul dintre medicamentele următoare IM, monitorizează TA la fiecare 4 h:

Dozele orale uzuale pentru adulţi	**Doza IM maximă (înjumătăţită la vârstnici)**
Fenotiazine din grupul 1: Sed	
• Clorpromazină 25 - 200 mg/6h	100 mg[2] IM
Fenotiazine din grupul 2: Ach	
• Tioridazină 25 - 100 mg/6h	nu există soluţie injectabilă
Fenotiazine din grupul 3: Ex	
• Trifluoperazină 5 - 10 mg /12 h	2 mg IM (până la 6 mg /24h)
Butirofenone:Ex	
• Droperidol 5 - 20 mg / 4 - 8 h	5 - 15 mg / 4 - 6 h IM (sau IV)
• Haloperidol 0,5 - 5 mg /12 - 8 h (rar, adulţii necesită 200 mg/zi)	10 - 30 mg IM/IV iniţial, apoi 5mg/1h ►Schimbă cu adm. PO cât mai curând posibil.

NB: *Sed* = predomină efectele secundare sedative

Ach = predomină efectele secundare anticolinergice (tulburări de vedere, retenţie de urină, uscăciunea gurii, scăderea TA, declanşarea crizei de glaucom).

Ex: = predomină efectele secundare extrapiramidale:

- Akatisie (agitaţie) şi parkinsonism (administrează orfenadrină 50 mg/8h PO sau benzohexol 1 - 4 mg/6 h PO - numai la nevoie.
- Reacţii distonice (de ex., torticolis, opistotonus, apar de obicei în prima săptămână şi răspund la biperiden 2-5 mg IM sau IV).
- Dischinezia tardivă (mişcări de masticaţie, grimase, mişcări coreoatetozice) -poate fi ireversibilă, sau poate răspunde la tetrabenazină 50-200 mg/zi PO (de obicei se administrează numai după ce s-au observat efectele timp de aproximativ 6 luni de la întreruperea medicamentului).

Alte ES: ↓TA, ejaculare tardivă, depresie, convulsii, icter, opacităţi corneene, rash, ↓WCC şi sindrom neuroleptic malign (hipertermie, rigiditate, distonie, tulburări de conştienţă) care este rar (dar letal).

Tratamentul de întreţinere Până la 2/3 din pacienţi vor prezenta recădere în cazul întreruperii medicaţiei neuroleptice în decursul primilor 5 ani de tratament.[2] Deoarece nu se poate stabili care persoane necesită profilaxie şi deoarece o recădere psihotică este posibil să aibă efecte grave, cel mai bun plan este acela care oferă profilaxie tuturor pacienţilor, cu doza eficientă cea mai scăzută şi prin injecţii depot dacă cooperarea este o problemă. Flufenazina decanoat în doză scăzută (5 mg IM la fiecare 2 săptămâni) este probabil la fel de eficientă ca şi doza de 25 mg/2 săptămâni IM şi determină anxietate şi depresie cu o frecvenţă mai redusă.[3] Cu ambele doze, aprox. 40 % din pacienţi pot prezenta semne de recădere moderată în decursul primului an. La primul semn de recădere dublează doza.[3] Tratamentul continuu cu clorpromazină administrată oral[2] poate fi de asemenea eficient. Caută să menţii doza sub 100 mg/zi.

Eşecuri terapeutice: 30-50% din pacienţi pot beneficia în mare măsură de clozapină. ES: agranulocitoză la 0,5 % (fatală la aprox. 10% dintre aceştia, în ciuda serviciului de monitorizare WCC (obligatoriu); convulsii (la 14% dacă doza este ≥ 600 mg/zi PO); miocardită ; sedare -dar *nu* dischinezie tardivă: antagonismul ei pentru receptorii D_2 din corpul striat este redus comparativ cu antagonismul pentru S_2 şi S1c (MMC, p.407).[4] [5] Risperodona (blochează receptorii D_2, 5-HT_2, α1 şi α2) este un nou agent care poate îmbunătăţi atât simptomele pozitive cât şi cele negative. [6]

1 J Schipperhijn 1991 *BMJ* ii 71 2 M Gelder 1989 Oxford Textbook of Psychiatry, OUP 3 S Hirsch 1986 *BMJ* ii 515 4 S Hirsch 1993 *BMJ* i 1427 5 S Dursm 1993 *BMJ* ii 200 6 JG Edwards 1994 *BMJ* i 1311

Toxicomania şi farmacodependenţa (►vezi MMC, p.184)

Definiţii: *Toleranţa:* efectele iniţiale ale drogului sunt obţinute mai târziu numai administrând doze mai mari. *Sindromul de abstinenţă:* efectele fizice care apar la întreruperea administrării unui drog care induce toleranţă. *Dependenţa:* numai administrarea continuă a drogului preîntâmpină apariţia sevrajului fizic sau psihic (acţiunea compulsivă de obţinere a drogului se numeşte *adicţie la drog).* Drogurile care determină aceste efecte sunt derivaţii opioizi, amfetaminele, cocaina, acidul lisergic, hidrocarburile ("aurolacul"), barbituricele şi, într-o mai mică măsură, cannabisul. Dependenţa poate fi psihică (agitaţie psihomotorie şi nevoia impetuoasă de drog care apare la întreruperea acestuia) sau fizică, care apare la întreruperea narcoticului - midriază, D & V, tahicardie, transpiraţii, crampe şi piloerecţie. Acestea se pot ameliora prin administrarea de metadonă, de ex., 20 - 70 mg/12 h PO, reducând cu 20% la fiecare 2 zile, ideal în cadrul unei scheme terapeutice (stabilite) consimţite prin contract cu pacientul (p.394). Conform legislaţiei din Marea Britanie, consumatorii de narcotice trebuie declaraţi la Home Office. Sevrajul la barbiturice poate determina convulsie şi deces, de aceea la pacientul internat, se continuă administrarea de barbituric sub formă de fenobarbital la 1/3 din doza zilnică anterioară. Doza se reduce progresiv în decurs de 14 zile.

Când trebuie suspectată dependenţa:

- Idei criminale - în scopul cumpărării drogurilor.
- Orice comportament neobişnuit, de ex., halucinaţii vizuale, euforie sau manie.
- Secreţii nazale inexplicabile (prizarea cocainei).
- Consecinţele injecţiilor: vene vizibile; abcese; hepatită; SIDA.
- Solicitări repetate de analgezice -şi acceptarea numai a celor opiacee.

Sfătuirea părinţilor cu privire la modul în care îşi pot educa copiii

- Dacă este posibil, părinţii trebuie să consimtă la un plan, împreună cu o altă persoană care cunoaşte copilul (de ex., profesorul sau MG).
- Fii de acord cu copilul şi încearcă să nu pari autoritar sau despotic.
- Află care sunt părerile copilului cu privire la droguri. El poate crede că drogurile puternice nu sunt mai dăunătoare decât alcoolul şi tutunul.
- Discută subiectul şi cu fraţii lui mai mici, astfel ca ei să ştie cum să refuze ofertele de droguri.
- Sfaturile telefonice confidenţiale sunt întotdeauna disponibile (în Marea Britanie formează 100 şi cere Freefone Drug Problems).

Pericolele infecţiei cu HIV (vezi MMC, p. 212) în cazul drogurilor injectabile au modificat modul de abordare a tratamentului pe termen lung. Este important să încerci să menţii o relaţie între echipa medicală şi pacientul dependent şi să educi pacientul să evite comportamentul cu risc crescut. Există controverse cu privire la aprovizionarea persoanelor dependente cu ace sterile şi cu doze controlate de droguri. Vezi MMC, p.184 - 5.

Alcoolismul

Esenţa alcoolismului. Consumul repetat de alcool dăunează muncii şi vieţii sociale.

Întrebări

- Poate să-şi controleze consumul de alcool?
- S-a gândit că trebuie să mai reducă din consumul de alcool?
- Discută prietenii despre consumul său de alcool, sau îl roagă prietenii să reducă din consumul de alcool?
- Şi-a neglijat serviciul sau familia din cauza alcoolului?
- La ce oră începe să bea? Bea şi înainte de această oră?
- Treci în revistă consumul zilnic mediu.
- A avut probleme cu legea (crimă violentă)?

Alcoolul şi afectarea viscerală

- Ficat: (↔ la 50% din alcoolici). Steatoză hepatică: acută, reversibilă; hepatită - 80% evoluează spre ciroză (insuficienţă hepatică la 10%); ciroză: supravieţuirea la 5 ani este 48% dacă aportul de alcool continuă (77% dacă se opreşte).
- SNC: memorie/dificultăţi de învăţare → poate evolua favorabil după tratament cu polivitamine IM; atrofie corticală/cerebeloasă; neuropatie retrobulbară; convulsii; lipotimii; neuropatie; encefalopatie Korsakoff/Wernicke (MMC, p.711)
- Tub digestiv: D & V; ulcer duodenal; ulceraţii; varice esofagiene; pancreatită.
- Măduva osoasă: ↓ Hb; hemoliză; ↑VEM.
- Cord: aritmii; cardiomiopatie.

Semnele sevrajului (Delirium tremens)

↑ pulsul; ↓ TA; tremurături; convulsii; halucinaţii vizuale sau tactile, de ex., animale care se urcă pe tot corpul. *Tratament:* • Internare; monitorizarea funcţiilor vitale (atenţie la ↓TA). • În caz de vărsături, începe administrarea de clormetiazol în perfuzie (MMC, p.442). Capsulele de clormetiazol: (fiecare conţine 192 mg clormetiazol, un medicament care determină dependenţă). Administrează 3 capsule /6 h PO timp de 2 zile, apoi 2 capsule/6 h următoarele 3 zile, apoi 1 capsulă/6 h în ultimele 4 zile. O alternativă la alergie la clormetiazol o reprezintă diazepamul în perfuzie.

Tratamentul alcoolismului Este posibil numai dacă pacientul doreşte într-adevăr să se schimbe. Psihoterapia de grup cu asociaţiile de auto-ajutorare precum "Alcoolicii Anonimi" poate fi adecvată, ± agenţi care produc o reacţie neplăcută la ingestia de alcool (de ex. disulfiram 200 mg /24 h PO).

Prevenţia Vezi p. 518.

Tulburările de personalitate şi psihopatiile

Personalitatea cuprinde trăsăturile de caracter durabile, care ne definesc ca oameni: nepăsători sau anxioşi; calmi sau teatrali; ambiţioşi sau retraşi; curajoşi sau timizi; mulţumiţi de sine sau nehotărâţi; optimişti sau pesimişti. (Personalitatea se poate schimba şi evolua, sau se poate chiar schimba rapid, de ex. după convertire religioasă care remodelează un bărbat timid într-un adept curajos.) Personalitatea este un spectru care se întinde între aceste contrarii. Analiza statistică arată că toate aceste deosebiri se pot de fapt întrepătrunde şi că pot fi descrise prin prisma câtorva dimensiuni octogonale (de ex. nevropat/psihopat; introvertit/extrovertit). Personalităţile anormale pot fi caracterizate ca ocupând extremele spectrului. Personalitatea anormală este importantă numai în situaţia în care este dezadaptativă şi afectează atât posesorul ei cât şi pe partenerii lui.

În general, simptomele psihice care aparţin unei tulburări de personalitate sunt mai dificil de tratat decât simptomele determinate de alte cauze.

Psihopatia reprezintă o tulburare de personalitate permanentă caracterizată prin comportament antisocial, incapacitatea de a stabili relaţii profunde şi lipsa sentimentului de vinovăţie. Aceasta este o definiţie dificilă pentru a fi susţinută într-un mod imparţial, în special având în vedere comentariul nostru de la p. 416 - acei pe care societatea doreşte să îi uite, mai întâi îi caracterizează ca fiind nebuni sau răi. Folosirea sinonimelor precum "sociopatie" nu ocoleşte această dificultate. Pacientul este impulsiv şi priveşte partenerii săi cei mai apropiaţi fără afecţiune. El nu ştie cum să îi iubească sau să îi simpatizeze. Este mai probabil că acţiunile lui iresponsabile duc la închisoare mai degrabă decât la sentimente de ruşine sau vinovăţie.

Gândirea nu este afectată (dar este folosită în scopuri egoiste).

Observă că psihopatia are implicaţii legale. Dacă actul criminal este văzut ca fiind parte a psihopatiei, atunci tribunalul are dreptul să aleagă precizarea tratamentului psihiatric (într-un spital păzit dacă este necesar) mai degrabă decât numai închisoarea, ridicând astfel probleme dificile cu privire la psihopatie şi responsabilitate.

Cauze: Au fost sugerate afectarea cerebrală, factorii sociali, bolile psihiatrice ale părinţilor sau labilitatea psihică, dar nici una nu se evidenţiază drept cauză unică.

Tratamentul este problematic deoarece pacienţii doresc rar să se schimbe.

Presiunea grupului (după cum apare la terapia de grup, p. 432) poate fi o forţă stimulantă. Administrarea medicamentelor este rareori înţeleaptă.

Alte tipuri de personalităţi *Personalitatea obsesivă:* Fanaticul rigid, încăpăţânat, preocupat de detalii lipsite de importanţă (sau esenţiale).

Personalitatea histrionică: Persoana egocentrică, provocatoare din punct de vedere sexual (dar frigidă), căreia îi plac (dar pe care nu îl deranjează) scenele de furie.

Personalitatea schizoidă: mizantropul rece, distant, introspect.

Deficienţa mintală şi dificultăţile de învăţare

Persoanele cu QI de 50-70 reprezintă 80% din cei cu dificultăţi de învăţare. Există un progres al limbajului, iar dificultăţile de învăţare apar numai în măsura în care procesul de învăţare este în plină desfăşurare.

Majoritatea pot duce o viaţă independentă. Majoritatea persoanelor cu QI 35 - 49 se pot exprima şi se pot descurca. În dificultăţile de învăţare severe (QI 20 - 34) este posibilă o activitate socială limitată. Necesită şcolarizarea şi servicii medicale speciale, precum şi îngrijire adecvată şi sfătuirea familiilor implicate. Informaţii suplimentare sunt disponibile prin MENCAP.[1] Pentru cauzele retardării mintale vezi p.238.

---

[1] 123 Golden Lane, Londra ECIY ORT, MB, tel. 0171 253 9433

Întreruperea medicaţiei psihotrope

Întreruperea benzodiazepinelor ▶ *Este foarte posibil ca sindromul de abstinenţă să fie mai grav decât afecţiunea pentru care medicamentul a fost prescris iniţial.* Deci, încearcă să eviţi administrarea lor, de ex., tehnici de relaxare pentru anxietate; pentru insomnie: o carte plictisitoare, actul sexual şi evitarea cafelei seara -toate pot favoriza somnul. Dacă nu, limitează hipnoticele la administrarea intermitentă.

O treime din cei care iau benzodiazepine timp de 6 luni prezintă simptome de abstinenţă la întreruperea tratamentului, iar unii chiar numai după câteva săptămâni de tratament. Simptomele apar mai rapid la benzodiazepinele cu eliminare rapidă (de ex., lorazepam comparativ cu diazepam sau clordiazepoxid). Nu este posibil să stabileşti care pacienţi vor deveni dependenţi, dar la cei care prezintă o "dependenţă pasivă" sau personalitate nevrotică dependenţa pare să fie parţial previzibilă. Simptomele debutează adesea cu anxietate acută sau simptome psihotice la 1- 2 săptămâni de la întreruperea tratamentului, urmate timp de mai multe luni de simptome care diminuă treptat, precum insomnie, agitaţie, hiperactivitate, atacuri de panică, agorafobie şi depresie. Irascibilitatea, furia, sentimentele de înstrăinare şi depersonalizarea sunt frecvente, mai puţin halucinaţiile. Deoarece aceşti pacienţi pot prezenta diplopie, parestezii, fasciculaţii şi ataxie, uneori se stabileşte diagnosticul de scleroză multiplă. Simptomele digestive includ D&V, durere abdominală şi disfagie. De asemenea, pot apărea palpitaţii, înroşirea feţei şi simptome de hiperventilaţie. Problema nu este determinată de modul de întrerupere a tratamentului cu benzodiazepine, ci de a evita să fim duşi în eroare pentru a le prescrie în mod inutil. Această problemă este prezentată la p. 386.

Metode de întrerupere:

- Creşte dorinţa pacientului de a renunţa, prezentând dezavantajele prescrierii continue.
- Întreruperea benzodiazepinelor cu acţiune scurtă este mai dificilă - deci schimbă cu diazepam.
- Stabileşte un contract cu pacientul - conform căruia vei prescrie o rezervă săptămânală, dar nu o vei suplimenta dacă pacientul va termina rezerva mai devreme.
- Întrerupe tratatamentul lent (de ex., cu aprox. 2 mg/ săptămână de diazepam).

Avertizează pacientul să se aştepte la simptome de abstinenţă, dar să nu se alarmeze.

Întreruperea inhibitorilor de monoamino-oxidază (IMAO) Întreruperea bruscă a fenelzinei duce la panică, tremurături, transpiraţii şi greţuri la aprox. 1/4 din pacienţi. Tranilcipromina are proprietăţi asemănătoare amfetaminelor şi poate determina dependenţă.

Întreruperea antidepresivelor triciclice poate determina 4 sindroame de abstinenţă (toate rare):

- Stimulare colinergică: crampe abdominale, D&V, deshidratare.
- Insomnie urmată de vise foarte intense, excesive, la adormire.
- Simptome extrapiramidale, de ex., agitaţie sau akatisie.
- Simptome psihice: anxietate, psihoză, delir sau manie.

Continuă tratamentul ≥ 6 luni după refacere. Rata întreruperii: 25 mg/ 5 zile (amitriptilina). NB: nu au fost raportate simptome de abstinenţă la antidepresivele non-triciclice (de ex., mianserin, trazodon).

Din cauza simptomelor de abstinenţă este tentant să se oprească tratamentul cu prima ocazie - dar aceasta este o greşeală. Persoanele cu depresii severe continuă tratamentul aprox. 6 luni după refacere. În cazul amitriptilinei, doza de întreţinere în această etapă a tratamentului este aprox. 75 mg / 24 h PO. Reducerile lente ulterioare trebuie realizate înainte de întreruperea tratamentului.

Fenotiazine Nu au fost raportate simptome certe de abstinenţă.

Introducere în psihoterapii

"Ca de obicei, dialogul a fost cel care m-a ajutat să îndepărtez confuzia..."[1]

▶Psihoterapia este esenţa psihiatriei - iar esenţa întregii psihoterapii este comunicarea. Primul pas este deschiderea unui canal de comunicare. Rolul vital pe care , din acest punct de vedere, îl joacă ascultarea a fost deja subliniat (p. 376).

Psihoterapia nu poate realiza toate lucrurile - dar puţine lucruri pot fi realizate fără ea. Putem prescrie pilulele pacienţilor noştri, dar dacă nu putem comunica şi nu putem împărtăşi scopurile noastre pacientului, este puţin probabil ca aceste pilule să fie înghiţite. Iar dacă sunt înghiţite, nu există nici un mod de a afla că ele acţionează dacă nu am deschis un canal de comunicare cu pacientul.

Nu este posibil să desprinzi toate aptitudinile necesare pentru psihoterapie dintr-o carte, cum tot aşa nu este posibil să înveţi arta picturii în ulei dintr-o carte. Ceea ce urmează în continuare (p. 430-456) este un tur foarte selectiv în jurul galeriei psihoterapiei, în încercarea de a arăta domeniul aptitudinilor necesare şi de a stârni apetitul medicului. Nu este recomandabil ca medicul să încerce cele mai complicate tehnici fără a colabora cu specialişti în domeniu.

Psihoterapiile pot fi clasificate în primul rând *în funcţie de cine este implicat* în şedinţele terapeutice: o persoană, un cuplu, o familie sau un întreg grup; şi în al doilea rând ele pot fi clasificate *după conţinutul* şi *metodele* folosite: analitică, interpersonală, cognitivă, comportamentală. Toate psihoterapiile urmăresc schimbarea pacientului.

Terapiile comportamentale urmăresc schimbarea comportamentului. Dacă o persoană evită magazinele aglomerate (agorafobia), o abordare comportamentală se va concentra asupra comportamentului de evitare. În mod specific, asemenea abordări vor defini obligaţiile comportamentale pe care sperăm că pacientul le va realiza între şedinţe.

Terapia cognitivă se concentrează asupra gândurilor oamenilor şi asupra presupunerilor din gândurile lor. Prin urmare, în exemplul de agorafobie de mai sus terapeutul va încuraja exprimarea gândurilor asociate cu intrarea într-un magazin aglomerat. De exemplu, pacientul ar putea relata că îi este teamă că ar putea fi pe punctul de a leşina -iar apoi teamă că toţi vor crede că este nebun. Aceste gânduri vor fi analizate folosind un procedeu "socratic":

"Aţi leşinat vreodată de fapt? Cât de probabil ar fi să leşinaţi? Dacă cineva ar leşina în faţa dumneavoastră într-un magazin, ce aţi crede? Aţi crede că este nebun?"

Terapiile influenţate psihoanalitic se preocupă de originea simptomelor. Ele se bazează pe punctul de vedere conform căruia simptomele iau naştere din probleme nerezolvate ale copilăriei. Terapeutul adoptă o atitudine non-dominantă, încurajând pacientul să vorbească fără reţineri. Terapeutul încurajează schimbarea, sugerând interpretări ale discuţiei cu pacientul.

Problema în care psihoterapia are cel mai mare succes (şi în ce condiţii) este abordată la p. 446.

---

1 A Miller 1990 *Timebends*, Octopus, Londra (pagina 83)

Terapiile comportamentale şi cognitive

Terapia comportamentală este destinată să trateze simptome precum fobii, obsesii, tulburări de alimentaţie şi sexuale, precum şi anxietatea şi depresia uşoară. La pacienţii cu tulburări obsesiv - compulsive, ritualurile (de ex., spălarea mâinilor) răspund mai bine decât ruminaţiile. Terapia nu este indicată pacienţilor cu schizofrenie, demenţă sau depresie severă.

Primul pas îl reprezintă studierea foarte amănunţită a comportamentului pe care pacientul vrea să îl schimbe. Dacă pacientul prezintă agorafobie (să zicem), descoperă ce simptome fizice şi psihice prezintă, precum palpitaţii şi teama de a leşina (fobo-fobie), iar apoi asociază-le cu probleme precise ale comportamentului -de ex. pur şi simplu cu intenţia de a ieşi afară, sau cu intrarea într-un anumit magazin. După aceea roagă pacientul să realizeze o ierarhie de asemenea situaţii, începând cu cele mai puţin ameninţătoare. Tratamentul începe cu expunerea treptată la situaţia cea mai puţin ameninţătoare (desensibilizare sistematică) asociată cu învăţarea unei metode de reducere a anxietăţii. Aceasta ar putea fi relaxarea sistematică, în care grupe musculare sunt contractate şi relaxate într-o succesiune ordonată. De exemplu, stând pe scaun, degetele de la picioare sunt apăsate cu energie pe podea, apoi ambii genunchi sunt apăsaţi cu energie în acelaşi timp, apoi mâinile pe genunchi, apoi degetele de la o mână în palma opusă, fiecare deget pe rând. Fiecare apăsare durează aproximativ 30 s şi este urmată de o perioadă de relaxare, iar aceasta contracarează sentimentele de anxietate.

Cooperarea presupune ajutor prin asigurarea de informaţii scrise cu privire la motivele exersării noilor comportamente şi prin explicarea faptului că beneficiile majore ale tratamentului se obţin numai după muncă grea. Este înţelept să obţii ajutorul soţului/soţiei, care să vină cu încurajări la fiecare realizare. Ritualurile precum spălarea mâinilor, care este cauzat de un anumit stimul, sunt tratate prin expunerea timp de câteva ore la stimulul respectiv, în timp ce este încurajată evitarea ritualului. Terapeutul exemplifică ceea ce trebuie să facă pacientul ("modelare"). Pacientul poate fi învăţat să întrerupă gândurile obsesive, de ex., efectuând o anumită activitate de fiecare dată când ele încep.

Terapia cognitivă Ideea fundamentală este aceea că starea psihică şi gândurile pot forma un cerc vicios. Să folosim exemplul depresiei: deprimarea conduce la gânduri sumbre şi la amintiri (de ex., stăruind asupra examenelor la care te-ai descurcat rău, mai degrabă decât asupra celor pe care le-ai trecut cu bine). Aceste gânduri triste te fac să te simţi mai deprimat (psihic), iar această deprimare face ca gândurile tale să fie chiar mai sumbre. Terapia cognitivă abordează acest cerc vicios analizând gândurile. Ia de exemplu gândul: "Sunt un ratat şi toţi prietenii mei mă evită". În terapia cognitivă metodele sunt de a:

- Clarifica exact care este gândul (nu îl lăsa să fie doar o convingere negativă vagă)
- Căuta dovezi pentru şi împotriva afirmaţiei din cadrul gândului
- Căuta alte perspective
- Trage o concluzie

Terapeutul încurajează pacientul să găsească alte explicaţii, provocându-l, de exemplu examinând ce înseamnă exact "Sunt un ratat". "Care sunt domeniile importante din viaţa ta?". "Ce consideri tu succes sau eşec?" Pacientul poate menţiona lipsa avansării ca dovadă de eşec - contracarată de către terapeut care subliniază că eşecul în realizarea unui obiectiv este diferit de un eşec global. Există multe feluri de gândire subiectivă, iar terapia cognitivă ajută pacienţii să le recunoască: de exemplu "gândirea în alb şi negru", generalizarea excesivă (ca în cazul considerării unui eşec ca un simbol pentru orice). După aceea terapeutul ar putea ajuta pacientul să privească critic eşecul în cazul abordat.

Psihoterapia de grup

Raţiunea care stă la baza psihoterapiei de grup este aceea că grupul asigură un micromediu interactiv în care pacientul poate fi confruntat cu efectul pe care comportamentul său îl are asupra altora şi poate fi protejat în cursul primelor lui încercări de a-l schimba. Aceasta înseamnă că psihoterapia de grup este aplicabilă numai pacienţilor care doresc să se schimbe. De asemenea, s-a constatat că cei mai indicaţi pacienţi sunt:

1. Cei care intră în grup voluntar şi nu ca rezultat al constrângerii de către rude sau terapeuţi;

2. Cei care aşteaptă mult de la grup şi nu consideră aceasta metodă inferioară terapiei individuale;

3. Cei care au suficiente aptitudini verbale şi conceptuale. Pacienţii care probabil nu vor beneficia de asemena terapie sunt cei cu depresie severă, schizofrenie acută sau personalitate schizoidă extremă (introvertitul detaşat, rece); hipocondriacii; personalităţile sociopate (cu toleranţă scăzută la frustrare care nu au simţul responsabilităţii); şi personalităţile narcisiste (foarte egocentrici) sau paranoide (suspicios şi pesimist în ceea ce priveşte rolul altora).

Este clar că selectarea pacienţilor trebuie să fie realizată de o persoană cu multă experienţă. El va urmări realizarea unui grup de, să spunem, 6 - 8 membri, echilibrat din punct de vedere al sexului, evitând asocierea extremelor de vârstă. El va decide dacă grupul trebuie "închis" sau dacă va accepta noi pacienţi în cursul existenţei lui. El va accepta de obicei un co-terapeut de sex opus şi va pregăti în detaliu pacienţii înainte de începerea terapiei. Existenţa grupului (de ex., 18 luni) va evolua printr-un număr de faze: o perioadă de acomodare când membrii par să aibă cea mai bună comportare, căutând să fie iubiţi de terapeut şi umblând după sfaturile lui dirijate (pe care terapeutul le asigură rareori). Următoarea etapă este cea de conflict, când pacientul se străduieşte să îşi găsească locul în grup altfel decât prin dependenţa de lider. Frustrarea, furia şi alte sentimente negative sunt ajutătoare deoarece permit pacientului să testeze încrederea grupului. Merită să înveţi că exprimarea sentimentelor negative nu trebuie să conducă la respingere - iar aceasta este o introducere esenţială pentru următoarea etapă de apropiere, în care grupul începe să lucreze împreună.

Terapeutul va trebui să îndepărteze grupul de crizele din afară şi să cerceteze antecedentele care au condus către aici şi acum de ex., întrebând "De cine te simţi cel mai apropiat din grup?"

"Despre cine ai spune că este la fel de pasiv (sau de agresiv) ca tine?" Dar terapeutul trebuie să evite să sacrifice spontaneitatea. El învaţă să folosească ceea ce grupul îi oferă, de ex.: "Pari foarte furios că John s-a dezlănţuit tocmai acum." El evită să pună întrebări la care nu se poate răspunde, în special cele care încep cu "De ce". Obligaţia lui este de a încuraja interacţiunea dintre membri şi de a uşura învăţarea şi observarea de către membri. Metode speciale folosite pentru creşterea acestui proces includ rezumate scrise ale activităţilor grupului, video şi psihodrama.

Intervenţia în criză

Aceasta oferă ajutor imediat, pe termen scurt pentru rezolvarea crizelor şi restabilirea capacităţii de control a pacientului. Poliţistul eroic, care se urcă pe o terasă de pe acoperiş pentru a pune cătuşe unui bărbat care este pe punctul de a se arunca pe trotuar la sute de metri mai jos, se lansează în primul pas al intervenţiei în criză (salvarea), dar nu va fi îndeplinit scopul intervenţiei dacă nu continuă să ia în calcul următoarele aspecte:

- Ce evenimente au condus la problemele pacientului? Concentrează-te asupra gândurilor şi acţiunilor din ultimele aproximativ 2 zile.
- Care este starea lui psihică în acest moment (p. 380)? Este esenţial să afli despre depresie, idei suicidare şi psihoză.
- Când starea lui psihică o permite, luptă-te cu metodele pe care le-a utilizat în trecut pentru combaterea stresului şi rezolvarea crizelor.
- Care sunt persoanele semnificative din viaţa pacientului?
- Pe ce ajutor din partea familiei şi prietenilor se poate baza pacientul?
- Ce soluţii a încercat pacientul (sau familia lui, şcoala sau patronul) în criza actuală? Cum au eşuat ele?
- Dacă pacientul a fost afectat sever de această criză, ar fi adecvat să propui, iar uneori să insişti, să renunţe la obligaţiile şi responsabilităţile lui obişnuite. Eliberarea temporară a pacientului de responsabilităţi este necesară pentru a permite un contact strâns ("terapie intensivă") cu un mediu terapeutic - de ex. un spital sau o secţie de intervenţie în criză.
- Asigură-te că, prin luarea unor măsuri concrete, obligaţiile pacientului sunt îndeplinite corespunzător (de ex., aranjează transportul copiilor la părinţii adoptivi).
- Alege cea mai bună modalitate de adaptare a pacientului (timpul petrecut cu discuţii este adesea preferabil administrării anxioliticelor, care pot servi numai la întârzierea procesului natural de adaptare).
- Dacă pacientul este şocat, uluit sau fără glas, nu te grăbi să stabileşti canale normale de comunicare.
- De îndată ce pacientul este receptiv, promovează un sentiment de optimism cu privire la evoluţia crizei. Dacă nu există nici o speranţă (o mamă distrusă de durere după pierderea tuturor copiilor într-un incendiu), atunci acest lucru trebuie de asemenea discutat.
- Următorul pas îl reprezintă încurajarea gândirii creative cu privire la modalităţile prin care pacientul şi-ar putea rezolva problemele. Începe ajutându-l să studieze consecinţele tuturor acţiunilor care ar putea urma. Apoi ajută-l să fragmenteze soluţiile propuse de el în probleme comportamentale mici, uşor de îndeplinit.

Din momentul în care criza urgentă a trecut şi starea psihică a pacientului s-a restabilit la un nivel moderat, va fi necesar ca pacientul să reia atribuţiile propriei sale vieţi. Este adecvată probabil o perioadă de sfătuire. Aceasta este descrisă la p. 436. Procesul realizării unui contract cu privire la terapie este important în special în încurajarea pacientului de a schimba "rolul de bolnav" cu un rol de adult independent.

Psihoterapia de susţinere

Multe persoane necesită psihoterapie continuă, deoarece ele consideră activităţile zilnice expuse stresului interminabil. Cele mai minore decizii reprezintă probleme de neînvins, iar pacientul, lipsit chiar de cea mai mică fărâmă de discernământ, caută sprijin la fiecare pas. Ce putem noi oferi în această situaţie?[1]

- Reasigurări - de ex. problemele lui nu sunt unice; el nu este nebun.
- Clasificarea problemelor; instituirea unui ajutor practic (de ex., exersarea unui interviu pentru un loc de muncă); explicaţii (de ex., cu privire la revendicarea beneficiilor).
- Să îi învăţăm cum să recunoască acumularea stresului şi cum să facă primii paşi mici pentru a reduce anxietatea (p. 404).
- Feedback pozitiv pentru renunţarea la o dependenţă pasivă.
- Încurajarea efectuării chiar a unui pas mic către scopuri bine definite - care ar trebui stabilite în limitele pacientului.
- Ajutarea schimbării societăţii pacientului (schimbarea serviciului, protejarea de o familie ostilă, reducerea izolării sociale).
- Sfătuirea rudelor şi a prietenilor. (Mai întâi obţine permisiunea!)

Sfătuirea

Romancierii buni (şi sfătuitorii buni) sunt într-un fel suficient de numeroşi pentru a fi prezenţi peste tot în lume astfel încît personajele lor (clienţii) ajung să fie recreări a propriei lor imagini. *Nimic* din ceea ce este uman nu le este străin. Un asemenea exerciţiu de imaginaţie permite femeilor virgine să sfătuiască prostituatele -ceea *ce pot face* cînd sunt deplin conştiente de problemele omeneşti din afara lor.

În forma ei de bază (neimperativă) sfătuirea implică concentrarea asupra ajutării pacientului să clasifice ceea ce ar vrea să facă şi ceea ce trebuie pentru a realiza aceste obiective.

Nu trebuie date recomandări care ar demoraliza pacientul. Aptitudinile fundamentale pentru sfătuire constau în ascultare, înţelegere şi reflectare (± rezumare, utilizarea pauzelor verbale, interpretare - p. 438 - şi confruntare).[2]

Alte puncte:

- Anamneza: observă cum a făcut faţă pacientul unui stres anterior.
- Realizarea unui inventar complet, de probleme.
- Redefinirea problemelor în funcţie de scopurile realizabile.
- Folosirea contractelor terapeutice pentru negocierea modificărilor comportamentale minore.
- Urmăreşte relaţiile dintre pacient, familie şi terapeut, astfel ca obligaţiile să fie aprobate, de ex. cele cu privire la frecvenţa şi durata terapiei; la fel discută şi ceea ce se aşteaptă de la pacient prin "tema pen-

tru acasă", de ex. învăţarea tehnicilor de relaxare; recomandă recompense precum pregătirea unei mese foarte gustoase, împreună cu familia, dacă pacientul realizează o obligaţie care îi provoacă anxietate, precum cumpărăturile.

- Permitarea exprimării sentimentelor negative precum furie - nu manifestate în realitate, dar discutate într-un mod eliberator.
- Reasigurări. Acestea nu sunt atât de simple pe cât se pare. Terapeutul nu trebuie să dea numai reasigurări clare, el trebuie de asemenea, prin comportarea sa, să reasigure pacientul că *indiferent* de ceea ce dezvăluie (de ex. incest sau agresarea copilului) el nu va fi condamnat, ci va fi înţeles. Notă: acesta este unul dintre avantajele anamnezei psihiatrice realizate pe calculator - computerul nu este şocat când pacientul spune că bea două sticle de gin pe zi: el continuă pur şi simplu să întrebe: "Dar whisky?"

Întrebări cu privire la aceste metode: Reprezintă acestea o modalitate de evitare a responsabilităţii? Este necinstit să ne ascundem atitudinile? Ce pierdem dacă suntem imparţiali? Poate compasiune?

---

1 S Bloch 1986 *Introduction to the Psychotherapies*, OUP
2 N Rowland 1989 *J Roy Gol Gen Prac* 39 118

Strategii în psihoterapia pe termen lung[1]

Asocierea liberă Una dintre strategiile principale ale psihanalizei freudiene este aceea că pacientul trebuie încurajat să exprime prin cuvinte orice îi vine în minte, fără cenzură, în timp ce stă întins pe canapeaua psihiatrului, sub hipnoză.

Necesită o oarecare practică. Terapeutul foloseşte informaţia mai târziu, neprelucrată, care, după operaţii şi interpretări şi conexiuni diferite, poate fi utilizată pentru a arunca o lumină asupra pacientului.

Realizarea conexiunilor Terapeutul atrage atenţia pacientului asupra legăturilor dintre trecutul îndepărtat, prezent şi aspiraţiile viitoare pe care el, un outsider, le-a observat, dar pe care pacientul le-a omis.

Aceste legături pot fi stabilite între atitudini, de ex., atitudinea faţă de părinţii şi copiii pacientului. Astfel se permite pacientului să-şi înţeleagă viaţa, şi să câştige discernământ.

Reflectarea Terapeutul analizează problemele care i-au fost prezentate reflectându-le înapoi către pacient într-un mod mai clar, dar fără a adăuga subiecte sau interpretări noi.

Interpretarea O interpretare este o ipoteză care explică o atitudine sau o emoţie actuală a pacientului. Terapeutul urmăreşte să aducă la suprafaţă idei şi sentimente subconştiente, asigurând astfel pacientului o nouă înţelegere asupra vieţii sale. El observă orice rezistenţă (sau cooperare mai redusă faţă de normal) cu care pacientul întâmpină asemenea interpretări. Rezistenţa însăşi necesită interpretare, de ex. terapeutul îi explică pacientului că reacţia este asemănătoare cu cea în cazul în care el ar fi părintele lui (transfer activ). Mecanismele de apărare ale pacientului (de ex., proiectarea continuă a sentimentelor asupra altor persoane, negarea sentimentelor) necesită de asemenea interpretare. Sentimentul excesiv de vinovăţie şi alte manifestări (de conştiinţă) ale supra-eului pot fi de asemenea interpretate. Analiza viselor este un alt exerciţiu de interpretare. Terapeutul învaţă pacientul cum să "decodifice" un vis, pentru a dezvălui conţinutul lui ascuns dar mai revelator.

Terapeutul ar trebui să evite obiceiul enervant şi obsesiv de a interpreta orice spune sau face pacientul. Situaţiile în care transferul activ, de exemplu, ar trebui interpretat, au fost definite clar: **1** Când pacientul prezintă în mod repetat emoţie exagerată în cursul terapiei. **2** Când fluxul asociaţiilor de idei ale pacientului se blochează. **3** Când terapeutul crede că interpretarea este o măsură necesară pentru a permite altor gînduri să apară. **4** Când pacientul este foarte aproape de a recunoaşte fenomenul de transfer activ singur.

Confruntarea Dacă pacientul nu reuşeşte să facă faţă problemelor lui psihologice, iar interpretarea acestora de către terapeut nu reuşeşte să conducă la schimbarea dorită, confruntarea poate fi indicată. Aceasta impune din partea terapeutului o declaraţie directă, de ex., "Intârzii atât de des încât încep să mă întreb dacă tu doreşti ca tratamentul să dea rezultate. Aş putea la fel de bine să-mi petrec timpul în altă parte."

De ce a fost Freud atât de influent? Unul dintre argumente ar fi acela că mintea lui a ajuns cel mai aproape de acel nivel pe care-l pot atinge psihiatrii, al unei minţi mereu sclipitoare. Cine altcineva putea considera materiile fecale teribile? Examinează această propoziţie genială, fascinantă, lipsită de valoare: "Materiile fecale sunt primul dar al copilului, primul sacrificiu în numele afecţiunii lui, un fragment din propriul său corp la care este gata să renunţe, dar numai de dragul cuiva pe care îl iubeşte."[1]

---

[1] S Freud 1955 *History of Infantile Neurosis,* Complete Works XVII, Hogarth

Terapia sexuală a cuplurilor

Începe cu o descriere completă şi comună a problemei. Aceasta poate fi ejacularea precoce (sau tardivă), frigiditatea feminină (anorgasmia), impotenţa sau dispareunia (de ex., datorată spasmului - vaginism - sau altor cauze fizice). Cum a început problema (de ex., după naşterea copilului)? A existat cândva o perioadă în care sexul era dorit? Este această problemă parte a unei probleme mai mari? Ce aşteaptă partenerul de la tine? Eşti timid sau anxios în cursul actului sexual?

Anamneza sexuală Experienţele precoce; practicile actuale; orientarea către unul sau către ambele sexe. Au existat dificultăţi cu alţi parteneri? Când v-aţi întâlnit? Ce v-a atras la celălalt?

Medicamente Alcool, medicamente hipotensive (impotenţă); antidepresive triciclice (ejaculare tardivă); β-blocanţi, stilboestrol, finasterid, contraceptive şi fenotiazine (pierderea libidoului). Notă: alte cauze de impotenţă includ diabetul zaharat, patologia cardiacă, hiper-prolactinemia.

Principiile terapiei comportamentale cuprind:
1 Precizarea obiectivului pe care cuplul doreşte să-l atingă.
2 Reducerea obiectivului la un număr de etape mici, realizabile.
3 Solicitarea cuplului să practice fiecare etapă mică pe rând.
4 La următoarea şedinţă, discutarea dificultăţilor întâlnite.
5 Ameliorarea atitudinilor dezadaptative.
6 Stabilirea obiectivului următor.

Cum acţionează aceste principii de ex., când problema este ejacularea prematură sau vaginismul? (Ambele sunt legate de anxietatea de realizare.) O succesiune (cu care trebuie să fie de acord cuplul) ar putea fi:[1]

1 O interzicere a actului sexual tentant (pentru a îndepărta teama de eşecul de realizare). Educaţia şi "încuviinţarea" (adică să vorbeşti şi să te angajezi în fantezii sexuale "neprimejdioase") sunt vitale.

2 Atingerea fără contact genital, iniţial "pentru propria plăcere", cu orice parte extragenitală a corpului, pentru a studia limita plăcerii, iar apoi pentru a se concentra asupra oricăror zone erogene descoperite ("centrul senzaţiilor").

3 Atingere, ca mai sus, "pentru plăcerea ta şi a partenerului".

4 "Exerciţiu" cu un dilatator vaginal şi gel.

5 Atingerea cu contact genital, mai întâi pe rând, apoi împreună. În această etapă pot ieşi la suprafaţă probleme cu privire la preluarea iniţiativei. Dacă problema este ejacularea prematură, partenera excită penisul şi, pe măsură ce orgasmul se apropie, bărbatul anunţă acest lucru partenerei - care inhibă reflexul strângând penisul la nivelul frenului prepuţial.

6 Concentrarea asupra minimalizării diferenţei dintre preludiu şi actul sexual propriu-zis, pentru a reduce anxietatea din momentul penetrării.

7 Control vaginal în cazul poziţiei superioare a femeii, astfel ca ea să se poată opri sau retrage oricând doreşte. Femeia se concentrează asupra senzaţiei de vagin plin.

8 Perioade de apăsări pelvine, de ex cu tehnica "oprit/pornit".

---

[1] J Buncroft 1986 in S Bloch, *Introduction to the Psychotherapies*, OUP

Psihoterapia structurată a familiei[1]

Aceasta este o psihoterapie orientată pe probleme, cu scop precis, care subliniază importanţa interacţiunilor sociale; tratamentul urmăreşte să includă şi pe alţi membri ai familiei pacientului. Terapia se bazează pe presupunerea că oamenii au resurse şi potenţial de creştere pentru problemele vieţii. Când soluţiile încercate la aceste probleme nu dau rezultate, sarcina terapeutului este de a interveni şi de a debloca aplicarea repetată de către pacient a acestor soluţii nereuşite, prin recomandarea unor comportamente noi bazate pe împărtăşirea descoperirilor apărute în cursul procesului de interdependenţă familială.

Mecanismele interacţiunilor familiale necesită a fi studiate atent, dar cu patru sau mai multe persoane în cameră, terapeutului îi este greu să urmărească toate comportamentele verbale şi non-verbale care apar. Pentru a-l sprijini, o echipă de ajutoare observă interacţiunea printr-un geam oglindă şi folosind o cască, îi comunică indicaţiile, care pot fi atât verbale (de ex., *întreabă soţul* "Ce faci când soţia ta plânge?") cât şi non-verbale (de ex., *"Acum întoarce-te şi uită-te la soţia lui")*. Dacă familia îşi dă consimţământul, interacţiunea este înregistrată pe bandă video, iar înainte de terminarea şedinţei terapeutul se retrage în spatele ecranului pentru a formula impresiile câştigate, pentru a împărtăşi ipoteza echipei cu privire la mecanismul psihopatologic şi pentru a verifica aceasta revăzând momente caracteristice de pe videocasetă. Este formulată o recomandare şi terapeutul o transmite familiei. Recomandarea este de obicei o chestiune simplă de comportament şi poate fi discutată între membrii familiei. Se bazează pe răspunsurile pe care membrii familiei le dau următoarelor categorii de întrebări, care fac posibilă definirea problemelor în termeni exacţi şi precizează succesiunea şi recurenţa comportamentului familial:

- Ce a făcut (sau spus) de te-a determinat să spui că este depresiv?
- Când a spus aceasta, ce i-ai răspuns?
- Ce faci când se comportă aşa? Ajută la ceva?
- Ce face mama ta când tatăl tău ţipă la tine?
- Aceasta se întâmplă mai mult în casă sau departe de casă?
- Cât timp durează? Cum încerci să închei această situaţie?
- În ce sens reprezintă aceasta o problemă pentru tine? (Deprimat? Şi ce dacă!)
- Ce au sugerat alte persoane? Ce spune mama ta?
- Cine este primul care observă depresia? Mama sau tatăl tău?
- Cum ţi se pare relaţia dintre sora şi mama ta? Cum i se pare mamei tale? Dar sorei tale?
- Dacă aş întreba-o dacă se simte mai bine, ce mi-ar răspunde?
- Dintre voi patru, cine o poate înveseli cel mai mult?
- Ce vrei să realizeze terapia? Când vrei să te schimbi?

- Care este cea mai mică măsură pentru atingerea acestei ţinte?
- Cine doreşte cel mai mult această schimbare - tu, soţul sau fiul tău?

Schimbarea apare adesea foarte repede, de ex. necesitând 1-12 şedinţe.

---

[1] Based on HG Procter's Southwood House approach (Bridgwater, Somerset); M Palazzali 1980 *Family Proc* 19 3 - 12 and M Palazzali 1978 *Paradox and Counter - paradox*, Jason Aronson (family therapy for schizofrenic families)

Terapia prin joc[1] [2]

Persoanele care au cea mai mare experienţă psihoterapeutică cu copiii sunt părinţii. Ei deţin cărţile cheie în influenţarea comportamentului unui copil. Acestea includ dragoste, canale de comunicare reciproc înţelese, sisteme de recompense justificate şi o cunoaştere comună a binelui şi a răului. Este cel mai probabil ca familiile care nu deţin aceste cunoştinţe să necesite ajutorul specialiştilor. Indicaţiile următoare sunt oferite pentru ajutarea acestor copii:

- Încă de la început fă-ţi timp să te împrieteneşti cu copilul. Nu te grăbi.
- Acceptă copilul în condiţiile lui - exact aşa cum este.
- Evită să întrebi, să lauzi sau să mustri. Fii total îngăduitor.
- Nu spune "Nu" şi opreşte-l numai dacă este pe punctul de a-şi face rău.
- Arată copilului că este liber să-şi exprime deschis orice sentiment.
- Responsabilitatea de a alege este numai a copilului.
- Mergi unde te conduce copilul: evită să dirijezi conversaţia.
- Utilizează orice îţi oferă copilul. Reflectă sentimentele înapoi la el.
- Încurajează copilul să avanseze de la exprimarea prin gesturi a sentimentelor, la exprimarea lor prin cuvinte şi joc.
- Pregăteşte părinţii pentru schimbările copilului.

În terapia prin joc, copilul (care poate să-şi aducă prietenii) şi terapeutul se joacă împreună cu jucării care îi dau copilului posibilitatea să exprime prin cuvinte cele mai ascunse fantezii. După cum a explicat Virginia Axline unuia dintre copiii ei de 5 ani,[2] terapia prin joc este "atunci când poţi fi aşa cum îţi doreşti să fii. Atunci când poţi să foloseşti orice fel de a fi pe care doreşti să îl foloseşti. Atunci când poţi, fii tu însuţi."

Exemplul concret al terapiei prin joc în desfăşurare cu Dibs în vârstă de 6 ani.[2] Dibs s-a plimbat de jur împrejurul camerei de joacă. Apoi a ridicat o păpuşă. "Ei bine, uite sora. Îi voi da să mănânce nişte budincă de orez bună, o voi otrăvi şi ea va pleca pentru totdeauna." "Vrei să scapi de soră?" spune terapeutul. "Uneori ţipă şi zgârie şi mă loveşte şi mi-e frică de ea.... Are cinci ani acum... Ea va merge la aceeaşi şcoală la care voi merge şi eu la anul." "Ce părere ai despre asta?" "Ei bine, nu-mi pasă... nu mă mai necăjeşte ca înainte." A trecut în partea cealaltă la şevalet, a ridicat un vas cu vopsea, a adăugat alte culori şi le-a agitat bine. "Asta este otravă pentru soră. Ea o să creadă că sunt fulgi de cereale, o s-o mănânce şi ăsta îi va fi sfârşitul." "Deci asta este otravă pentru soră şi după ce mănâncă acesta îi va fi sfârşitul?" Dibs a dat din cap aprobator "Nu am să i-o dau încă câtva timp, am să aştept şi am să mă mai gândesc."

Terapia prin joc

Înainte de a începe terapia prin joc, Dibs a fost închis în sine, mut şi refractar ani în şir. Nimeni nu a fost în stare niciodată să-l angreneze în activităţi familiale sau şcolare normale - un copil imposibil. Terapia prin joc i-a permis să-şi exprime sentimentele negative şi a deschis acele rezerve de optimism, creativitate şi entuziasm în viaţa latentă din inima oricărui copil.

---

[1] V Axline 1969 *Play Therapy*, Ballantine

[2] V Axline 1966 *Dibs, in Search of Self: Personality Developement in Play Therapy*, Gallancz

Compararea psihoterapiilor

▶ Este adevărat că "Toţi au câştigat şi toţi trebuie să primească premii"?[1]

Unul dintre motivele pentru care este dificil de demonstrat că o formă de psihoterapie este mai bună decât alta este procentul mare de pacienţi (aprox. 80%) care beneficiază de aproape orice intervenţie. O diferenţă mică (dar probabil utilă) între două tratamente este posibil să fie doborâtă de procentul mare de pacienţi care beneficiază de ambele tehnici.

Problemele metodologice de cumpărare a diferitelor studii cu validitate variabilă au fost prezentate acum într-un mod sistematic (folosind tehnici care nu sunt în afara criticii) şi au dus la următoarele "concluzii" la care s-a ajuns din cercetarea care impunea cele mai multe criterii de design ideale[1]: randomizare; evaluare independentă; terapie efectuată de terapeuţi comparabili, experimentaţi care lucrează perioade de timp egale; grupuri bine potrivite şi grupuri martori corespunzătoare.

	Care este mai bun?		
	Cifra1	Cifra2	Scor
Psihoterapie *vs* tratament minimal sau fără tratament	9	0	5
Psihoterapie *vs* psihoterapie de grup	2	2	9
Psihoterapie limitată în timp *vs* nelimitată în timp	2	1	5
Psihoterapie tip sfat *vs* alte tipuri de psihoterapie	0	1	4
Terapie comportamentală *vs* psihoterapie	6	0	13
Medicamente *vs* psihoterapie	7	0	1
Medicamente *vs* psihoterapie şi medicamente	0	6	5
Tratament medicamentos (de ex., pentru astm/*vs* psihoterapie şi tratament medicamentos	1	9	1

Concluzia cheie este numărul mare de scoruri, exceptând cazurile când psihoterapia este comparată cu tratamentul minimal (este mai bine) şi când este asociată cu medicamente, care conferă un beneficiu mai mult sau mai puţin consecvent crescut.

Diagnosticele din studiile de mai sus au fost asociate (adică depresiv, nevrotic sau schizofrenic, cu criterii SUA destul de cuprinzătoare) şi astfel apare întrebarea dacă pacienţii cu diagnostice diferite răspund diferenţiat la psihoterapie. Concluziile mai puţin consecvente sunt că terapia comportamentală este adecvată în special pentru tratarea fobiei limitate, bolilor obsesiv - compulsive, sexuale şi de comportament şi că terapia cognitivă este eficientă în caz de depresie şi poate fi mai eficientă decât antidepresivele în prevenirea recăderii.[2] De asemenea, în tratarea bulimiei, poate fi mai eficientă decât terapia comportamentală.[3]

Este foarte greu să determini sub raport cantitativ ameliorările determinate de terapia psihodinamică (psihoanaliza şi urmaşele ei) - dar *există* trialuri convingătoare cu privire la folosirea în vindecarea bolilor cronice, de ex. sindromul de intestin iritabil[4] -pacienţii pot urma tratamentul decenii (?) şi adesea nu este clar care este scopul exact al terapiei sau cine ar trebui să o urmeze. Astfel instituţiile responsabile de îngrijirea medicală (p. 498) se împotrivesc finanţării acestui tip de îngrijire.[5]

Se spune că pacienţii cei mai adecvaţi pentru psihoterapie sunt persoanele TAVIS (*t*inere, *a*tractive, *v*orbăreţe, *i*nteligente şi cu *s*ucces). Cercetarea confirmă aceasta într-o oarecare măsură. Se ştie că, nivelul socio-economic scăzut, izolarea şi moralitatea reprimată se asociază toate negativ cu ameliorări determinate de psihoterapiile tradiţionale.

[1] The dodo's verdict for the race in *The Adventures of Alice in Wonderland*, and the title of L Luborsky 1975 *Arch Gen Psych* 32 995

[2] T Faly 1993 *BMJ* ii 576

[3] C Fairburn 1993 *Arch Gen Psy* 50 419

[4] E Guthrie 1991 Gastroenterology 100 450

[5] G Andrews 1993 *Br J Psychiatry* 162 447 - 51

Fragmente din jurnalul unui psihoterapeut 1: obiectivele tratamentului*

Formulare Pacientul meu, dl. X Smith, este un fermier în vârstă de 68 de ani, anterior sănătos şi care are un fiu. Soţia lui a decedat în urmă cu un an după o afecţiune îndelungată care a necesitat amputarea piciorului stâng. El este foarte trist simţindu-se deprimat, indiferent de mediul în care se află. Se simte vinovat în legătură cu îngrijirea pe care a putut să o ofere soţiei lui pe durata bolii. Se simte o povară pentru fiul său; şi-a limitat toate legăturile cu lumea exterioară deoarece simte că oamenii nu îl plac. El are într-un fel un caracter suicidar şi, din acest motiv, medicul lui generalist (care i-a început un tratament cu amitriptilină în doză corespunzătoare) l-a trimis la mine. El îndeplineşte criteriul DSM III pentru depresie majoră (p.392).

"Mulţumesc că mi-aţi povestit atât de detaliat gândurile şi sentimentele dvs., d-le Smith. La această şedinţă, prima din cele 12, aş dori să încep încurajându-te să vorbeşti despre soţia ta, deşi aceasta poate fi dureros." Primul meu obiectiv este să ajut pacientul să învingă sentimentul de vinovăţie care înconjură moartea soţiei lui. În cazul în care boala soţiei lui a fost lungă şi dureroasă nu aş fi surprins să aflu că el şi-ar fi dorit ca ea să moară; s-ar putea să dureze câteva şedinţe până când el va fi gata să-mi spună aceasta. "Cum te-ai simţit când ai adus-o pe soţia ta în salon ultima dată, ştiind că nu va mai veni acasă?... În această situaţie, ai fi putut face orice altceva pentru ea?"

Al doilea obiectiv este să îl ajut pe dl. Smith să se reintegreze în viaţa lui socială, şi pot începe acest proces chiar acum, forţându-l să revadă legăturile pe care le-a avut cu prietenii şi familia înainte de boala soţiei şi modalităţile prin care ar fi putut să redeştepte aceste legături. Dl. Smith a spus că nu a putut să ia legătura cu prietenul lui cel mai bun - a trecut atâta timp de când sunt prieteni - din cauza bolii soţiei lui şi ar părea nepoliticos să-l sune acum după ce l-a neglijat atâta timp . "El a ştiut că soţia ta este bolnavă?" "Da" "Ei bine, mă întreb dacă ar fi putut înţelege în cazul în care i-ai fi explicat . Ar fi meritat să încerci?"

Al treilea obiectiv este să îl reasigur şi să-i insuflu un sentiment de speranţă." Unul dintre motivele pentru care este greu să mergi mai departe după o pierdere atât de grea ca a ta este acela că este greu să-i faci faţă şi să-ţi îngădui să resimţi toate sentimentele dureroase care însoţesc o asemenea pierdere. Astăzi aici ai început să resimţi aceste sentimente. Asta este bine. Va fi mai uşor pe măsură ce timpul trece şi sunt sigur că împreună vom fi capabili să scăpăm de această depresie. Da, tu te afli în chinurile depresiei acum - dar nu durează o veşnicie. Te vei face mai bine."

---

* Acest exemplu este adaptat după G Klerman et al 1984 *Interpersonal Psychotherapy of Depression*, Basic Books, New York. Psihoterapeutul nostru aparţine şcolii de psihoterapie interpersonală (PIP) - a fost aleasă această şcoală deoarece ea oferă o abordare serioasă bazată pe experienţă, iar metodele ei au fost verificate în cercetarea (?) ale căror rezultate au fost foarte bine controlate în care PIP a fost evaluată separat şi în asociere cu amitriptilina şi psihoterapie minimală - "placebo".

Fragmente din jurnalul unui psihoterapeut 1: obiectivele tratamentului

Fragmente din jurnalul unui psihoterapeut 2: alte persoane

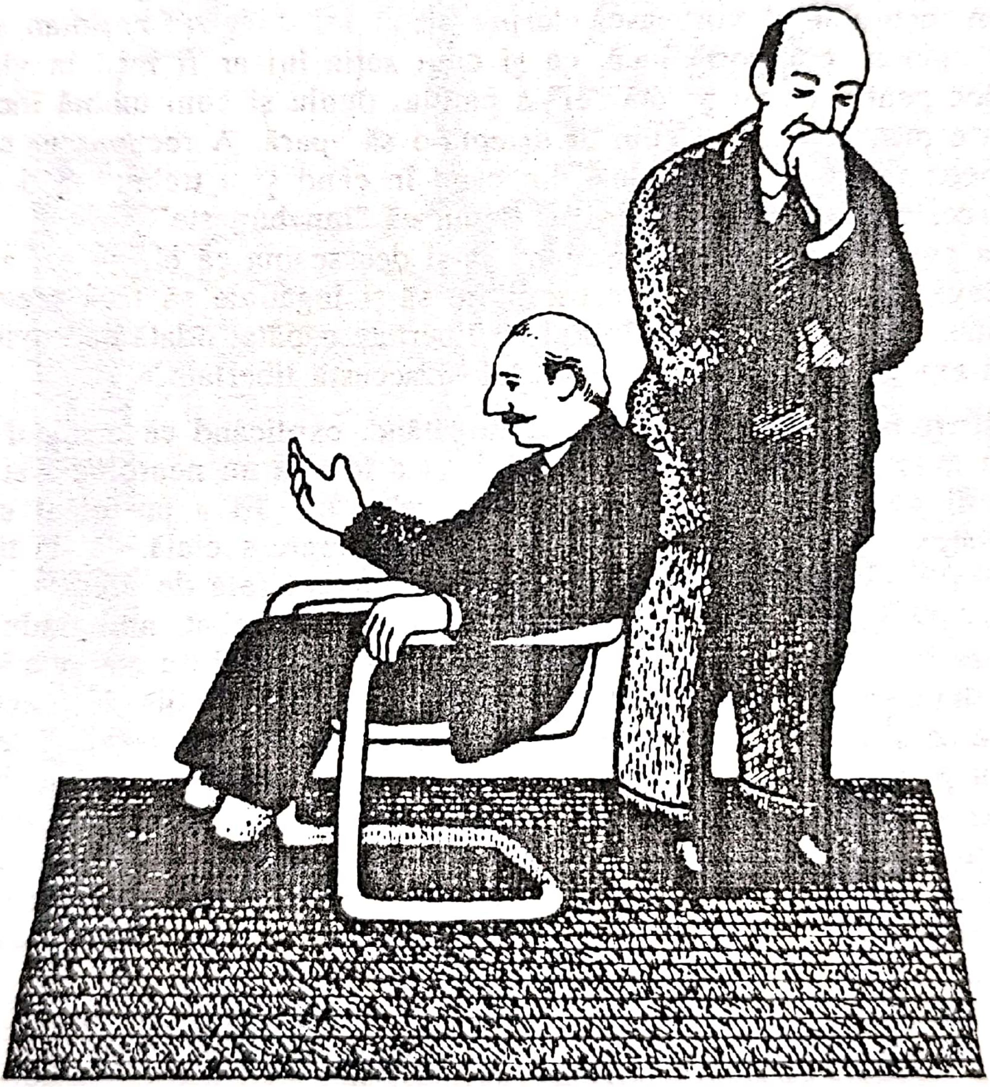
Dl. Smith a părut că ezită să vorbească despre soţia lui, aşa că am petrecut prima jumătate a şedinţei vorbind despre fiul lui şi felul în care a reuşit să facă faţă pierderii mamei sale; am încercat să descopăr dacă el a fost în stare să vorbească cu fiul lui despre această pierdere. Am trecut în revistă legăturile anterioare importante pe care le-a avut atât cu familia cât şi cu prietenii în anii care au trecut. În a doua jumătate a interviului am vorbit despre ezitarea lui de a vorbi despre soţia lui şi a recunoscut că consideră acest lucru foarte dureros. El a recunoscut că undeva în adâncul sufletului a fost satisfăcut că nu a fost el acela care a murit şi că asemenea sentimente îl fac să se simtă rău şi vinovat. A început apoi să-mi prezinte subiecte tulburătoare despre ultimele luni ale soţiei lui - cum a evoluat spre demenţă, nu l-a mai recunoscut şi a devenit insultătoare.

L-am lăsat să vorbească câtva timp despre aceasta, dar nu atât de mult încât să pierd ocazia să cercetez cum a reuşit să-şi refacă viaţa socială. El a simţit că depresia ar face din el un interlocutor neplăcut în barul local, şi că oamenii l-ar ignora. L-am confruntat cu această situaţie, întrebându-l delicat cum a putut să ştie că oamenii l-ar trata astfel dacă el nu a încercat să meargă la bar. Am vorbit despre posibilitatea de a efectua o muncă voluntară în weekend-uri pentru instituţia filantropică preferată.

El a răspuns că a şchiopătat cu piciorul stâng şi că medicul său i-a făcut o radiografie pentru a identifica cauza. Am verificat modul în care ia amitriptilina uitându-mă la numărul de tablete din flacon (pe care l-am rugat să îl aducă) şi am crescut doza la 75 mg, seara. Nu a prezentat efecte secundare, ca: uscăciunea mucoasei bucale şi tulburări de vedere.

L-am avertizat că durează câteva săptămâni până când tabletele încep să îşi facă efectul; el nu a fost surprins că tabletele nu au avut un efect semnificativ încă.

Am subliniat că pe durata terapiei m-aş aştepta la discuţii deschise despre gândurile şi sentimentele lui şi că ar trebui să se simtă liber să prezinte subiectele care îl supără cel mai mult.



Fragmente din jurnalul unui psihoterapeut 3-5: începe schimbarea

Şedinţa 3 Dl. Smith a relatat că a început să ducă o viaţă mai activă. El s-a înscris într-un club şi a fost la bar odată, unde a avut o discuţie scurtă cu un vechi cunoscut. El mi-a spus despre cât de mult i-a limitat viaţa de-a lungul deceniilor soţia lui, cu personalitatea ei restrictivă, şi cum în prezent, fiind liber de constrângerile pe care i le impunea, s-a simţit vinovat. Acest sentiment de vinovăţie s-a intensificat ori de câte ori a făcut ceva ce soţia lui ar fi dezaprobat, de exemplu, să conducă maşina noaptea.

L-am încurajat să vorbească despre stilul lui de viaţă cotidian şi a povestit cum se comportă încă, ca şi cum soţia lui ar fi încă în viaţă, lăsând loc pentru ea pe partea "ei" a patului dublu şi cum umblă încolo şi încoace prin casă ca şi cum ar aştepta-o să apară. A recunoscut că a auzit vocea soţiei lui strigându-l din când în când şi a trebuit să îl asigur că aceste halucinaţii nu sunt un semn că "înnebuneşte".

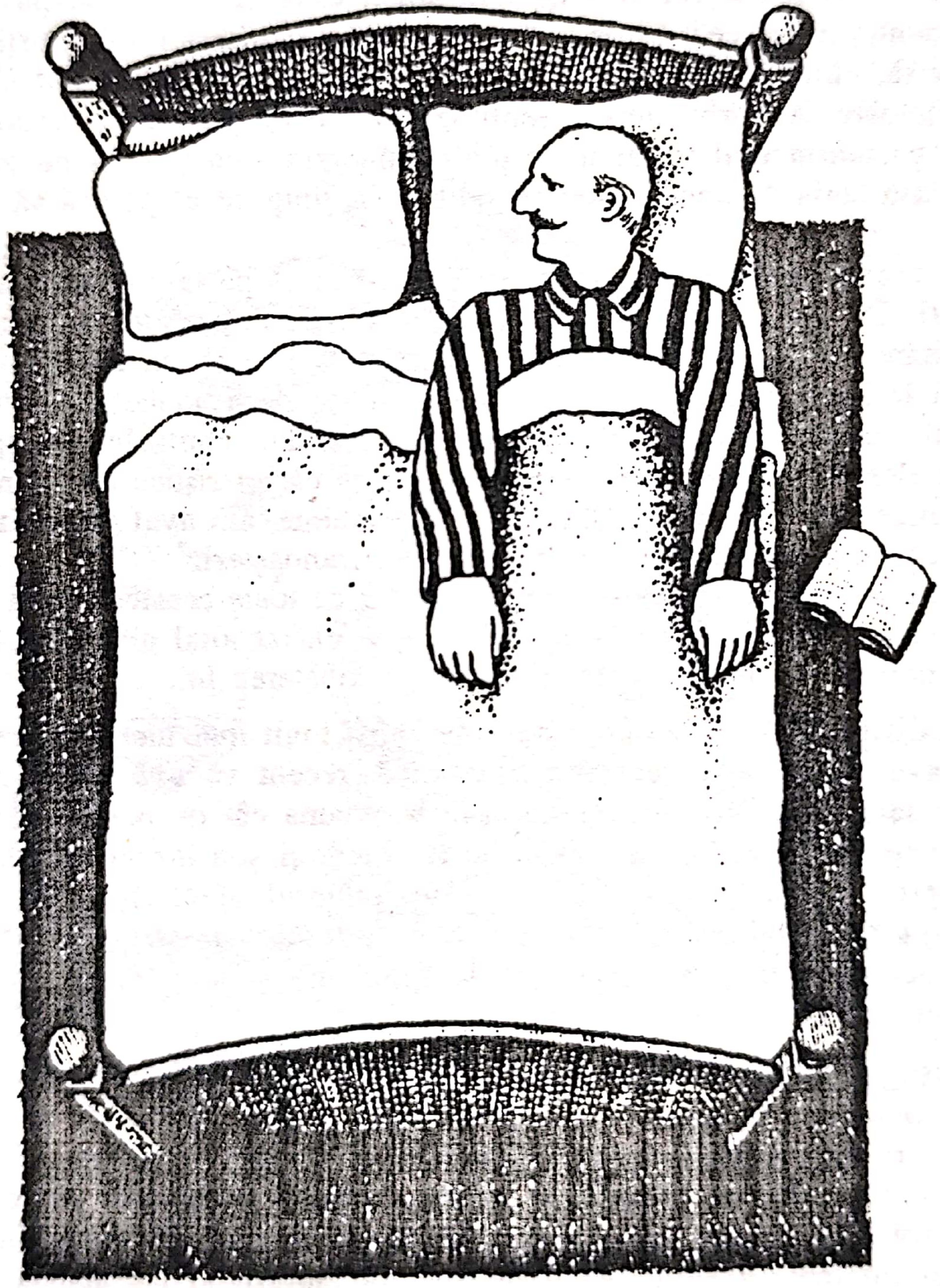
Mi-a povestit despre cum a ajuns să-şi dea seama că el, nu ea, ar fi putut alege fie să-şi impună restricţii fie să-şi îngăduie să facă ceea ce îi convine. Era speriat de noul grad de libertate căpătat odată cu moartea soţiei şi era nesigur cum anume va folosi această libertate.

Şedinţa 4 Dl. Smith a intrat şchiopătând, explicând că medicul lui a primit înapoi toate rezultatele testului, el a fost la un neurolog - şi nu a putut fi găsită nici o cauză a simptomelor lui. El a prezentat cum şchiopătarea a împiedicat planurile lui de reintegrare socială, dar în timp ce vorbea a zâmbit, şi a părut destul de indiferent faţă de aceasta. *La belle indifference* a unei reacţii isterice? -N-am întrebat, amintindu-mi descrierea lui despre amputaţia piciorului soţiei. Probabil nu era gata încă să se reintegreze social, iar această şchiopătare îi era utilă deoarece îi permitea să scape de angajamentul făcut cu el însuşi de a restabili legăturile cu prietenii vechi. Este puţin cam în vârstă pentru o reacţie isterică (dar numai în cazul în care aceasta este prima). Am continuat să tratăm aceeaşi problemă ca mai înainte, revăzând moartea soţiei şi reacţiile lui de atunci. Am strecurat câteva întrebări despre experienţa lui de război ca operator radio şi mi-a povestit cum a trebuit să părăsească frontul din cauză că-şi pierduse vocea.

Această şedinţă a părut că rătăceşte printre aceleaşi probleme ca mai înainte. M-am gândit că poate a vrut să aducă în discuţie altceva, dar dacă era aşa, nu a existat nici un semn cu privire la aceasta - încă.

Şedinţa 5 El a început spunând că a făcut multe progrese şi că este îngrijorat că ar putea să-mi risipească timpul. A continuat să descrie cum a început să înveţe reguli noi după care să trăiască. Am sugerat că şedinţele nu trebuie să se ocupe numai de simptomele lui - în special deoarece ele s-au ameliorat acum. Noi ne-am putea concentra de asemenea asupra experienţei lui în a învăţa să trăiască după un nou stil de viaţă. A fost mulţumit de această sugestie şi a continuat să vorbească despre planurile de începere a noii lui vieţi.

Fragmente din jurnalul unui psihoterapeut 3-5: începe schimbarea



Fragmente din jurnalul unui psihoterapeut 6-8: destăinuiri

Şedinţa 6 Dl. Smith a descris sentimente persistente, frenetice, ca şi cum trebuie să facă totul înainte ca ceva îngrozitor să se întâmple. El s-a reintegrat social din ce în ce mai mult şi se pregătea să meargă în vacanţă într-un weekend cu un prieten, fiul său având grijă de fermă. Aceasta ar fi prima lui vacanţă fără soţie. Care era semnificaţia acestor sentimente frenetice? El le-a legat de teama propriei lui morţi, ca o pedeapsă, chiar în momentul în care noua lui viaţă a început să arate promiţătoare. A vorbit despre sentimentele lui cu privire la faptul că nu a pus pe mormântul soţiei lui o piatră funerară - ca şi cum nu ar putea să-şi lase soţia în noul ei loc de odihnă în timp ce el pleacă să se distreze.

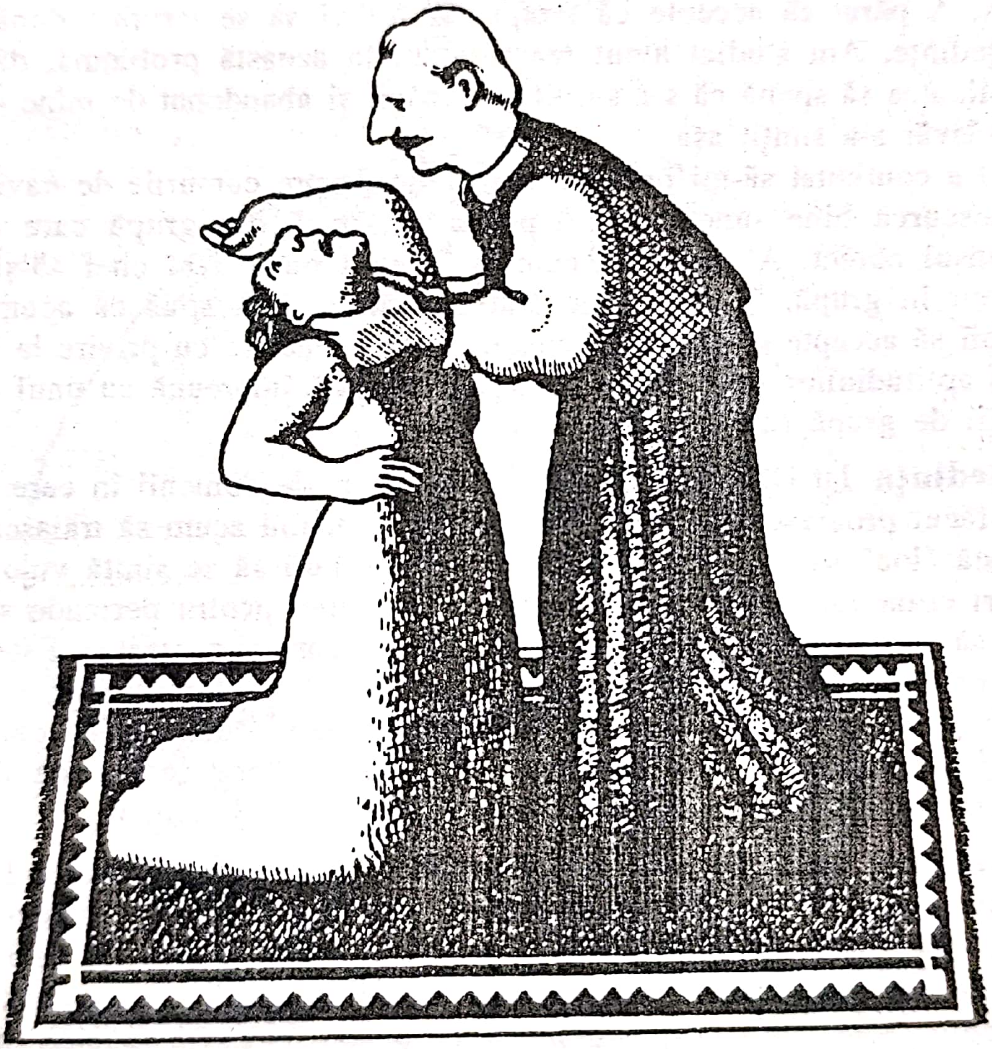
În această şedinţă l-am încurajat să vorbească pe larg despre noile lui planuri. De asemenea, am fost atent la obstacolele datorate ipotezelor imaginare cu privire la propria lui moarte, la nevoia lui de auto-pedepsire şi la locul soţiei în noua lui viaţă. În loc de a aduce în discuţie eu însumi aceste subiecte, am permis pacientului controlul complet al subiectelor prezentate şi am folosit elementele caracteristice aşa cum mi-au fost prezentate. Ca şi în şedinţele de mai înainte, am avut ocazia să contracarez orice logică falsă inerentă acestor cunoaşteri.

Relaţia noastră a progresat constant, dar cu toate acestea exista un aer de anxietate în dialogul nostru. El nu era relaxat total niciodată, exceptând momentele în care vorbea despre şchiopătarea lui.

Şedinţa 7 A sosit într-o stare de spirit mult mai încrezătoare, după ce a avut numeroase şuete cu o doamnă, recent văduvă, care era încă foarte deprimată. Vorbind cu ea şi-a dat seama cât de mult s-a ameliorat. Aceasta i-a dat un sentiment de renaştere şi şi-a înzecit eforturile de reintegrare socială (atât cât îi permite piciorul afectat) ca şi cum ar recâştiga timpul pierdut. A început să urmeze cursuri serale de navigaţie care mergeau bine Era interesat de problemă şi, cu această ocazie, a cunoscut persoane noi.

Şedinţa 8 Am recapitulat aceeaşi problemă veche a morţii soţiei lui şi sentimentele cu privire la aceasta. Am revenit asupra ei de atât de multe ori înainte încât m-am gândit că nu ar mai fi şi alte informaţii suplimentare. Dar pe măsură ce vorbea, el făcea destăinuiri din ce în ce mai profunde despre sentimentul lui de vinovăţie. În seara dinaintea ultimei internări a soţiei ea a început să aiureze şi l-a acuzat că are amante secrete. El şi-a pierdut cumpătul şi s-a pomenit cu mâinile în jurul gâtului ei, dorind să o sugrume. S-a oprit numai când ea a început să horcăie şi s-a cianozat. După ce a făcut această destăinuire, toată tensiunea care a existat în şedinţele anterioare a dispărut.

A fost capabil să părăsească această şedinţă fără să şchiopăteze.



Fragmente din jurnalul unui psihoterapeut 9-12: etapa finală

Şedinţa 9 Am decis să anunţ explicit sfârşitul terapiei: "Mai sunt numai trei şedinţe de urmat şi m-am gândit că aceasta ar fi o ocazie bună să discutăm despre cât de multe progrese crezi că ai realizat ." Avantajul prezentării clare a etapei finale din timp este acela că asigură un obiectiv clar; în plus, dacă dl. Smith va prezenta o recădere din cauză că nu este gata să accepte sfârşitul etapei finale, aceasta are şansa să se producă în momentul în care mai sunt încă una sau două şedinţe de urmat. A părut să accepte că terapia ar trebui să se termine după încă trei şedinţe. Am studiat atent reacţiile lui la această problemă, dându-i posibilitatea să spună că s-a simţit dezamăgit şi abandonat de mine - dacă într-adevăr s-a simţit aşa.

El a continuat să-mi prezinte amănunte despre cursurile de navigaţie. Se descurca bine -uneori fiind prima persoană din grupă care dădea răspunsul corect. A prezentat cum la început nu a avut chef să-şi facă prieteni în grupă: "Toţi păreau atât de bătrâni!" A spus că acum este capabil să accepte că îmbătrâneşte. Are planuri active cu privire la încercarea aptitudinilor de navigaţie în apa de coastă împreună cu unul dintre colegii de grupă care are o barcă mică.

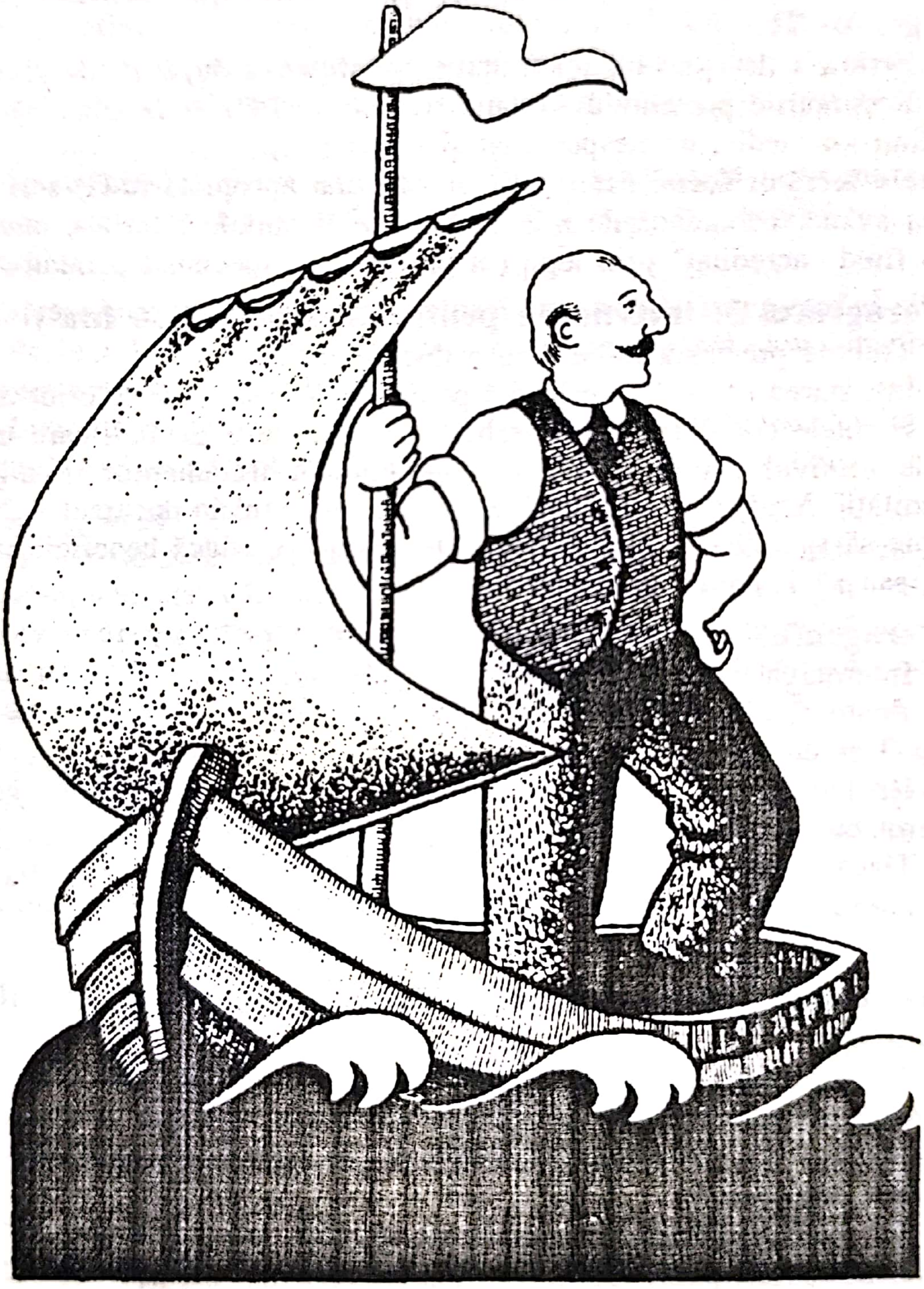
Şedinţa 10 Dl. Smith a pacurs un număr de domenii în care crede că a făcut progrese semnificative: cum este capabil acum să trăiască fără să facă "loc" soţiei, să se bucure de lucruri fără să se simtă vinovat şi uneori chiar fără să se gândească deloc la soţie, pentru perioade scurte. Pare să fie foarte mulţumit cu noua viaţă pe care şi-a creat-o. Este convins că ameliorarea lui va continua dar, destul de decepţionat, el nu a continuat să spună că, chiar dacă ar prezenta o recădere, ar şti cum să-i facă faţă şi nu ar fi sfârşitul lumii. El a dorit să termine această şedinţă devreme şi am fost de acord cu această propunere împreună.

Şedinţa 11 A discutat atitudinea sa faţă de terapie descriind că la început a fost anxios şi suspicios şi că mai târziu, când a început să se simtă mai bine, s-a gândit că ar trebui să se simtă vinovat că se însănătoşeşte atât de repede. Dar nu s-a simţit vinovat - s-a simţit doar mulţumit. Am vorbit despre depresie ca despre ceva din trecut, stăruind asupra stării lui psihice bune, sentimentului crescut de confort cu sine însuşi, relaţia îmbunătăţită cu fiul său, domeniul său larg de activităţi şi noii lui prieteni.

Şedinţa 12 Nu a fost prezentat nici un subiect nou - probabil un semn prognostic bun care indică că este într-adevăr momentul potrivit pentru terminarea terapiei. Am revăzut progresele d-lui Smith şi am stabilit o înţelegere conform căreia el ar trebui să viziteze medicul personal pentru continuarea tratamentului medicamentos de întreţinere şi apoi pentru întreruperea tratamentului. Mi-a mulţumit şi ne-am despărţit.

4. Psihiatrie

Fragmente din jurnalul unui psihoterapeut 9-12: etapa finală



Spitalizarea obligatorie

▶Pacientul trebuie să aibă o tulburare psihică adică boală psihică (p.370), deficienţă mintală (p.370) sau psihopatie (p.424) şi necesită reţinerea pentru tratarea bolii, sau protejarea lui sau a altora, înainte ca, constrângerea să poată fi folosită (dacă mijloacele voluntare s-au epuizat).

Internarea pentru evaluare (Legea Sănătăţii Mentale* 1983, paragraful 2)

- Perioada de evaluare (şi tratament) încetează după 28 de zile.
- Recursurile pacientului trebuie trimise în 14 zile la tribunal (alcătuit dintr-un medic, un nespecialist şi un avocat).
- Un lucrător social acreditat (sau cea mai apropiată rudă) scrie solicitarea având recomandările a 2 medici (de la spitale diferite), unul dintre ei fiind "acreditat" prin lege (în practică un specialist psihiatru).

Paragraful 3: internarea pentru tratament (≤6 luni)

- Trebuie precizată tulburarea psihică exactă.
- Internarea poate fi continuată pentru încă 6 luni (iar ulterior anual).
- Formele corespunzătoare trebuie semnate de 2 medici, care trebuie să ştie motivul pentru care este contraindicat tratamentul în mijlocul comunităţii. Medicii trebuie să fi examinat pacientul în decursul a 24 ore. Trebuie să specifice că tratamentul este posibil să aducă beneficii pacientului, sau să împiedice agravarea.

Paragraful 4: tratamentul de urgenţă (≤72 ore)

- Internarea trebuie să reprezinte o urgenţă.
- Poate fi administrat în cazul în care internarea încadrată la paragraful 2 ar determina întârziere nedorită.
- Un lucrător social acreditat sau ruda cea mai apropiată scrie cererea conform cu recomandarea unui medic (de ex., MG).
- Dacă lucrătorul social este indisponibil (de ex., cu altă urgenţă), generalistul ar trebui să păstreze un formular din formele corespunzătoare.
- La sosirea la spital pacientul este de obicei încadrat în paragraful 2.

Reţinerea unui pacient aflat deja în spital: paragraful 5(2) (≤72 ore)

- Medicul care îngrijeşte pacientul (iar în cazul specialistului psihiatru, reprezentantul lui) face o solicitare către administraţia spitalului, ziua sau noaptea - este de aceea utilă obţinerea precoce a avizului unui medic specialist psihiatru.
- Un pacient internat în clinica de urgenţă nu se află într-un salon, şi prin urmare nu poate fi reţinut sub acest paragraf. Dreptul comun este singurul în stare să asigure reţinerea temporară "a unui bolnav psihic aflat în criză şi care este un pericol clar fie pentru el, fie pentru alţii"[1] în timp ce se aşteaptă evaluarea de către un psihiatru.[2]
- Planifică unde va merge pacientul înainte ca cele 72 de ore să treacă, de ex. stabilind legături cu psihiatri pentru internarea sub paragraful 2.

Puterea obţinută de asistentele medicale: paragraful 5 (4) (≤6 ore)

- Orice asistentă medicală de psihiatrie autorizată poate folosi forţa pentru a reţine un pacient "psihic" care pleacă din spital din proprie iniţiativă împotriva recomandărilor medicului, în cazul în care această plecare ar fi posibil să inducă afectarea gravă a pacientului (de ex. suicid) sau a altora.
- În decursul a 6 ore asistenta trebuie să găsească persoana aptă să semneze un formular pentru paragraful 5 sau să permită externarea pacientului.

Reînnoirea reţinerii obligatorii în spital: paragraful 20 (4)

- Pacientul continuă să prezinte o afecţiune psihică şi ar beneficia de tratament intraspitalicesc continuu.
- Internarea suplimentară este necesară pentru sănătatea sau siguranţa pacientului -care nu pot fi obţinute decât prin reţinere forţată.

Paragraful 136 (≤72 h) permite poliţiei să aresteze o persoană "într-un loc la care publicul are acces" şi despre care se crede că suferă de o afecţiune psihică. Pacientul trebuie dus "într-un loc sigur" (de obicei o clinică de urgenţe) pentru a fi evaluat de către un medic (de obicei un psihiatru) şi un asistent social acreditat. După evaluare pacientul trebuie externat sau trebuie reţinut prin paragraful 2 sau 3.

Paragraful 135 Acesta împuterniceşte un asistent social acreditat, care consideră că o persoană este tratată inadecvat sau că se autoneglijează, să recurgă la un judecător pentru a examina şi a interna asemenea pacienţi.

---

*Această lege există în Anglia şi Ţara Galilor; în Scoţia măsurile sunt puţin diferite.

1 Lord Justice Keith, 1988 *The Times May* 28 2 R Jones 1991 *Mental Health Act Manual*, 3edn, London, Sweet and Maxwell

Consimţămîntul la tratament (Legea Sănătăţii Mentale)

▶Tratamentul de urgenţă pentru salvarea vieţii sau pentru prevenirea afectării severe a pacientului poate fi acordat întotdeauna, ignorând toate prevederile de mai jos.

Date generale În general pacientul trebuie să-ţi dea consimţământul pentru orice investigaţie (orice atingere), în caz contrar medicul este supus dreptului comun conform legislaţiei din Marea Britanie. Aceasta înseamnă că o persoană competentă poate refuza orice tratament, oricare ar fi consecinţele. În cadrul dreptului comun există situaţii cînd este acceptat ca un pacient să nu-şi dea consimţământul: dacă un pacient nu este competent să-şi dea sau să refuze consimţământul, iar dacă tratamentul este în interesul său, atunci tratamentul poate fi presupus ca "necesar". Apărarea "urgenţei" este de a permite excepţii în cazul în care trebuie să acţionezi rapid pentru a împiedica afectarea pacientului sau a altora (sau comiterea unei crime).

De exemplu, poţi reţine în salon un pacient în criză înainte de a avea posibilitatea să evaluezi situaţia . Legea sănătăţii mintale dă posibilitatea tratării unei persoane care suferă de o afecţiune psihică (p.458) şi stabileşte unele condiţii cu privire la consimţământul la tratament în anumite situaţii, după cum urmează.

Consimţământul *şi* o a doua opinie -sunt necesare (paragraful 57).

Toate formele de psihochirurgie. Dacă pacientul este incapabil să-şi dea consimţământul, în cunoştinţă de cauză, sau refuză consimţământul, tratamentul nu poate fi administrat.

Comisia pentru legea sănătăţii mentale trebuie să valideze consimţământul documentat. Aceasta se realizează trimiţând 3 membri să intervieveze pacientul şi să analizeze observaţiile. Un membru este medic (care trebuie să decidă dacă tratamentul este adecvat); ceilalţi membri nu sunt medici. Pacientul trebuie să înţeleagă felul, scopul şi consecinţele posibile ale tratamentului recomandat în condiţiile existenţei consimţământului în cunoştinţă de cauză. Dacă pacientul este confuz, dement sau şi-ar da consimţământul pentru orice tratament, consimţământul nu este în cunoştinţă de cauză. În plus, faţă de certificatul Comisiei pentru legea sănătăţii mentale, este necesară semnarea unui formular obişnuit de consimţământ. Deşi gradele consimţământului în cunoştinţă de cauză sunt probabil mai practice, legea este strictă: fie consimţământul este în cunoştinţă de cauză, fie nu este.

Consimţământul sau o a doua opinie sunt necesare (paragraful 58)

Observă: nici un tratament nu poate fi administrat unui pacient voluntar fără consimţământul lui. Dacă personalul medical competent consideră că este necesară electroterapia sau tratamentul medical ≥3 luni, iar pacientul este incapabil să-şi dea consimţământul în cunoştinţă de cauză sau să refuze consimţământul, aceste tratamente pot fi administrate dacă există o a doua opinie, a comisiei pentru legea sănătăţii mentale, care stabileşte că tratamentul este necesar. Se aplică astfel paragraful 3 al legii sănătăţii mentale. Avantajul aplicării acestui paragraf este acela că pacientul capătă drepturi bine definite în ceea ce priveşte analiza şi apelul. Dacă consimţământul în cunoştinţă de cauză este dat, trebuie să semneze formularul 38 (precum şi formularul obişnuit de consimţământ) care menţionează că pacientul înţelege scopul, necesitatea şi efectele posibile ale tratamentului.

Copiii sub 16 ani necesită acelaşi nivel de consimţământ în cunoştinţă de cauză din partea unui părinte sau a unui tutore în cazul administrării unui tratament psihoterapic prelungit. Dacă pacienţii nu doresc sau nu sunt în stare să dea un asemenea consimţământ, s-ar putea să fie necesar să se solicite decizia de îngrijire - sub care serviciile sociale ale autorităţii locale preiau responsabilitatea pentru copil. Trebuie arătat că dezvoltarea şi sănătatea corespunzătoare a copilului au fost împiedicate sau neglijate; sau că este expus unui pericol moral; sau că nu se mai află sub controlul părinţilor sau al tutorelui.

Retragerea consimţământului Tratamentul trebuie întrerupt imediat, în afară de cazul în care este nevoie să salveze viaţa. Dacă tratamentul s-a realizat sub paragraful 58, trebuie să contacteze comisia pentru legea sănătăţii mentale, astfel ca să poată fi îndeplinite cerinţele acestui paragraf.

Paragrafele citate mai sus aparţin Legii Sănătăţii Mentale din 1983 (Anglia şi Ţara Galilor)

Autismul

Este o afecţiune de maturare neurologică (2/10 000; bărbaţi/femei = 3) care atunci cînd este severă, este opusul a tot ceea ce defineşte sănătatea mentală (p.370), fiind caracterizată prin triada:

1 Tulburări ale interacţiunilor sociale reciproce (simptomele A)

2 Tulburări ale imaginaţiei, asociate cu tulburări ale comunicării verbale şi non-verbale (simptomele B).

3 Domeniu de activitate şi interese restrâns (simptomele C).

Diagnosticul unei afecţiuni autiste depinde de identificarea a cel puţin 8 dintre simptomele următoare - iar acestea ar trebui să includă cel puţin 2 simptome "A"; 1 simptom "B" şi 1 simptom "C".[1]

Tulburări ale interacţiunilor sociale (simptome A).

- Ignorarea clară a existenţei şi a sentimentelor altor persoane (de ex. tratează o persoană ca o piesă de mobilier; este orb faţă de suferinţa altora - şi faţă de nevoia lor de intimitate).
- Răspuns anormal la durere (nu caută alinare; sau răspunsuri stereotipe, de ex. spune doar " Pisici, pisici, pisici").
- Tulburări de imitaţie (de ex. nu face semnul "Pa").
- Joc anormal: de ex., izolat sau folosindu-i pe alţii ca ajutor mecanic.
- Tulburări severe în realizarea unor relaţii de prietenie. Dacă în cele din urmă încearcă, efortul va fi lipsit de înţelegerile existente în relaţiile sociale (de ex. citeşte din cartea de telefon la parteneri dezinteresaţi).

Tulburări ale imaginaţiei asociate cu tulburări ale comunicării verbale şi non-verbale (simptome B).

- În copilărie, lipsa bâlbâielii, a expresiilor faciale sau a gesturilor.
- Evită priviri lungi reciproce; nu zâmbeşte atunci când stabileşte o nouă legătură socială; nu îşi felicită părinţii; devine rigid când strânge mâna unei persoane.
- Nu joacă roluri de adulţi; nu este interesat de poveşti; nu are imaginaţie.
- Tulburări de vorbire (de ex. ecolalia); folosirea idiosincrazică a cuvintelor

  ("Du-te la o legănare" în loc de "Eu vreau să mă dau în balansoar"); folosirea greşită a pronumelor ("Tu" în loc de "Eu"); lipsa de relevanţă (începe să vorbească despre orarul trenului în timpul unei discuţii despre sport).
- Dificultăţi în începerea sau continuarea unei conversaţii.

Domeniu de activităţi şi de interese restrâns (simptome C).

- Mişcări stereotipe (tremurături ale mâinilor, legănarea corpului, lovirea capului).
- Preocupări cu părţi ale obiectelor (obiecte care se leagănă, sentimentul repetitiv al unui obiect structurat, roţi ale jucăriilor) sau ataşament neobişnuit (de ex. faţă de o bucată de cărbune).

- Afectare importantă în cazul schimbărilor lucrurilor minore (de ex. locul unui vas).
- Cere urmarea activităţilor de rutină în detalii exacte.
- Domeniu de interese mult restrâns, de ex. preocupat de alinierea obiectelor; sau de fapte uimitoare legate de vreme.

Cauze: (în general necunoscute) Rubeola prenatală, scleroza tuberoasă. RMN a evidenţiat hipoplazie neocerebeloasă (lobii VI şi VII ai vermisului).[2]

Tratament: Nu este eficient. Poate fi încercată terapia comportamentală.[3]

▶*Un profesor bun este mai util decât un medic bun.* Poate fi necesară instituţionalizarea în şcoli speciale (majoritatea au un QI scăzut). Copiii pot învăţa mai bine prin ascultare, decât cu metode directe. Părinţii pot căpăta susţinere importantă de la grupurile de auto-ajutorare.[4] Încurajează părinţii să dea mai multă atenţie copilului pentru comportamentul "bun" mai degrabă decât pentru cel "rău", şi să deţină reguli comportamentale sigure. 70% rămân handicapaţi sever. 50% dezvoltă o vorbire folositoare; 20% vor reuşi să se descurce în adolescenţă. 15% vor duce o viaţă independentă. Solicită beneficii (în Marea Britanie alocaţia pentru handicapaţi).

[1] *Am Psy Assocn* 1987 DSM-III-R
[2] E Courchesne 1988 *NEJM* 318 1349
[3] Lorna Wing 1981 *Br J Hosp Med* 25 353-9
[4] National Austic Soc, tel. 017 451 3844

Tulburări afective sezoniere (TAS)

Unii pacienţi constată că simptomele depresiei apar în lunile de iarnă, şi că dispar primăvara sau vara. A fost acceptat că la unii dintre pacienţii cu "TAS" trebuie incriminată secreţia anormală a indol melatoninei (MMC, p. 560). Melatonina, hormonul întunericului,[1] este secretată de glanda epifiză numai noaptea - de ex. 30 µg/noapte. Următoarele date susţin rolul melatoninei în depresie:

- Fototerapia matinală cu lumină puternică (6 am- 8 am) este eficientă în reducerea ratei depresiei în cursul iernii la persoanele cu TAS. S-a demonstrat că aceasta se asociază cu o întârziere a începerii secreţiei de melatonină.[2]
- S-a demonstrat existenţa unei relaţii între volumul de lumină administrată în cursul fototerapiei şi gradul ameliorării depresiei (măsurată pe scara Hamilton). 6 h/zi de lumină intensă au dus la o scădere de aproximativ 53% a scorului, în timp ce tratamentul cu o durată de 2 ore (sau tratamentul cu lumină roşie) au determinat o scădere de numai 25%. Aceste efecte au fost corelate cu concentraţii plasmatice ale melatoninei scăzute la ora 23.00.[3]

Totuşi, în acest domeniu de cercetare datele sunt adesea contradictorii şi este probabil imprudent să recomanzi fototerapie la toţi pacienţii cu depresie recurentă care prezintă acutizări toamna sau iarna. Aceasta ar putea avea efectul nedorit de a ispiti asemenea pacienţi să achite vacanţe de iarnă în locuri exotice - cu dezamăgiri şi incriminări inevitabile.

1 RV Short 1993 *BMJ* ii 952

2 HS Yu 1993 *Melatonin Biosynthesis, Psysiological Effects, and Clinical Applications*, CRC press, Boca Raton, Florida, USA

3 F Winton 1989 *Psychol Med* 19 585

Terapia comunitară

În ultimele decenii în Marea Britanie, ca şi în multe alte ţări occidentale, la mii de pacienţi cu boli psihice atenţia a fost îndreptată dinspre îngrijirea intraspitalicească înspre îngrijirea în comunitate. A reprezentat aceasta un avantaj pentru pacienţi?

Patru întrebări continuă să se repete, fiecare întrebare precedată (ameninţător) de un "Sigur..."

1 Sigur vor fi întotdeauna necesare spitale pentru persoanele afectate sever? În general, problema nu este reprezentată de severitatea bolii psihice ci de contextul social în care apare, şi care stabileşte dacă îngrijirea comunitară este adecvată.

2 Sigur îngrijirea comunitară, care este acordată adecvat, este mai scumpă decât îngrijirea spitalicească, unde mijloacele pot fi concentrate?

Nu este aşa - cel puţin nu este neapărat aşa. Unele concentrări ale mijloacelor *pot* avea loc în comunitate - de ex. în spitale şi în căminele de boli psihice (p.386-8). De asemenea, este adevărat că patul şi masa pacientului internat este posibil să fie destul de scumpe, în special dacă se iau în considerare costurile serviciilor psihiatrice intraspitaliceşti şi de întreţinere asociate. În majoritatea studiilor, costul fiecărui tip de serviciu nu diferă foarte mult - iar în unele studii îngrijirea comunitară atentă se dovedeşte a fi de ~25% mai ieftină.[1]

3 Sigur vor fi mai multe omucideri şi sinucideri dacă pacienţii afectaţi nu sunt internaţi în spital? Există, fără îndoială, raporturi anecdotice cu privire la aceste evenimente - şi este clar că oricât de atentă poate fi selectarea pacienţilor pentru îngrijirea comunitară, aceasta ar putea încă reprezenta o problemă.

4 Sigur unii pacienţi vor necesita un loc unde să stea peste noapte, oricât de bună este echipa de îngrijire comunitară în cursul zilei (în cazul în care paturile clinicii de psihiatrie sunt ocupate)? Implicaţia constă în faptul că aptitudinile utile în cazul internării pacienţilor pot să fie inadecvate în cursul zilei, atunci când nu există un alt sprijin în afară de medicul generalist. Studiile care au examinat această problemă au evidenţiat, fără îndoială, o creştere a îngrijirii extra-spitaliceşti la domiciliu în cazul persoanelor selectate pentru îngrijire comunitară, iar această creştere poate fi de 280% în decursul de 5 ani.[2]

Avantajele raportate ale îngrijirii comunitare sunt: activitate socială mai bună, satisfacţie, ocupaţie şi acord la tratament[3] - dar în studiile randomizate realizate în Marea Britanie aceste avantaje nu au fost demonstrate.[4] Mai mult, rezultatele obţinute în repetate rânduri arată că cu cât studiile sunt mai lungi, cu atât mai greu se menţin avantajele iniţiale ale îngrijirii comunitare. Este greu pentru echipe să menţină entuziasmul pe parcursul unui trial, şi este probabil şi mai greu atunci când trialul se termină[5] - sau atunci când membrii echipei sunt bolnavi sau plecaţi. Aceste consideraţii pot explica parţial observaţia conform căreia, cu o îngrijire comunitară subvenţionată şi condusă inadecvat, pacienţii pot să nu beneficieze de serviciile de care au nevoie, iar atunci când spitalele încetează să lucreze şi starea unui pacient se agravează internarea lui devine imposibilă, pacientul este lăsat în comunitate "şi decade în ciuda tuturor drepturilor lui."

1 J Hoult 1984 *Acta Psy Scand* 69 359
2 A Borland 1898 *Hosp Comm Psy* 40 369-74
3 LI Stein 1980 *Arch Gen Psy* 37 392-7
4 M Muijen 1992 *BMJ* i 749
5 P Dedman 1993 *BMJ* i 1359

Sărăcia şi sănătatea mentală

Sărăcia face mai posibilă apariţia aproape a tuturor bolilor (dar nu boala Hodgkin, eczema sau melanomul). Vezi Sănătatea şi clasele sociale, p.530. În Marea Britanie, numărul persoanelor fără adăpost este cuprins între 1-2 milioane.[1] Dintre aceştia, 1/3 până la 1/2 suferă de boli psihice. 60% nu ştiu unde să ceară ajutor, iar majoritatea nu au medic. O strategie triplă poate fi de ajutor. • Aziluri de urgenţă. • Locuinţă de tranziţie. • Locuinţă pe perioadă îndelungată.

Cheltuielile societăţii şi ale individului legate de sănătate sunt enorme. Boala şi simptome precum diareea, care pot trece ca un incovenient minor pentru persoanele cu locuinţă, pot fi un obstacol major pentru persoanele fără adăpost, cu efecte sociale şi psihologice severe. În Marea Britanie, politica guvernului cere fiecărei autorităţi sanitare să determine numărul şi morbiditatea locuitorilor şi a persoanelor fără locuinţă. Tehnicile de prindere-regăsire demonstrează că numărul persoanelor fără locuinţă neluate în considerare este aproximativ de două ori mai mare decât a celor luate în considerare. Această metodă de enumerare strânge probe (liste) şi caută adaosuri în numărătorile ulterioare, determinând cu ajutorul lor "gradul de completare". Dacă în numărătoarea ulterioară toate sunt duplicate, atunci numărătoarea iniţială a fost completă. Tehnicile statistice pot lua în considerare migrarea înspre şi dinspre zona populată.[3] Aceste studii demonstrează că morbiditatea de cauză psihiatrică este cea mai mare la populaţia fără adăpost luată în considerare: implicaţia constă în faptul că boala psihică face aceste persoane mai "vizibile".

În Marea Britanie, ca şi în multe alte ţări occidentale, ceea ce a început ca o politică informată de îngrijire în comunitate a persoanelor cu probleme de sănătate mentală, a determinat un număr mare de pacienţi psihiatrici care locuiesc în stradă, în sărăcie - ajutaţi de internările ocazionale în secţiile pentru bolnavi psihici acuţi. Acest model de îngrijire al "uşii turnante" a neglijat mulţi pacienţi, în foarte mare măsură datorită faptului că a fost compromisă continuitatea îngrijirii .[4]

O metodă de stopare a sărăciei este aceea de a plăti oameni pentru a nu ajunge săraci - şi anume de a nu avea mai mult de 1-2 copii. De exemplu, guvernul singaporian oferă familiilor sărace care au ≤2 copii 26 400 $ timp de 20 ani.

În Marea Britanie venitul săptămânal al "limitei de sărăcie" pentru o femeie nemăritată, cu 2 copii mici este de aproximativ 90lire/săptămână. De fapt, ajutoarele statului pot să nu se ridice la această sumă. Femeia primeşte 44 lire, plus 15,05 lire pe copil, plus prima familială de 9,65 lire cu o primă pentru părinte unic de 4,90 lire (total 88,65 lire). Ajutoarele ulterioare precum cele pentru întreţinerea copilului vor determina, prin taxare, o reducere proporţională a sumei totale. Din aceasta mama ar putea să plătească 3 lire taxa pentru apă, 2,20 lire taxa comunitară şi

10 lire/săptămână pentru combustibil (iarna). Apartamentele construite de administraţia locală nu sunt mobilate. Alocaţiile (de 500 lire) sunt puţine; Ministerul Sănătăţii poate face un împrumut dar suma cu care trăiesc unele familii este mai mică de 60 lire.

---

1 1993 *Br J Psy* 162 314-24 See also R Burridge 1993 *Unhealthy Housing: Research, Remedies and Reform Spon/*Chapman and Hall, ISBN 0-419-154410-8

2 N Fisher 1994 *BMJ* i 27 3 R Laporte 1994 *BMJ* i 5

4 N Retterstal 1993 Suicide: a European Perspective, CUP

5. Medicină generală

Traducere de Dr. **DANA MIHAI**

Introducere 472
Câteva definiţii 474
Asistenţa medicală primară 476
Echipa de asistenţă medicală primară 478
Timpul şi medicul generalist 480
Clasificarea şi codurile Read 482
Consultaţia 484
Analiza consultaţiei 486
Prevenirea 488
Bariere în prevenire 490
Screening-ul 492
Consultaţiile speciale de medicină generală 494
Protocoale şi recomandări 496
Efectul placebo 498
Probleme etnice 500
Educaţia sanitară 502
Grupe de pacienţi 504
Decesul la domiciliu 506
Medicamente pentru pacientul incurabil 508
Bazele de date şi computerele 510
Audit - două şcoli de gândire 512
Sistemul "peer review" 514
Satisfacţia pacientului 515
Renunţarea la fumat 516
Reducerea consumului de alcool 518
Medicina alternativă şi holistică 520
A trăi periculos 522
Afecţiuni minore 524
Prescrierea şi complianţa 526
Probleme sociale 528
Sănătatea şi clasa socială 530
Cumpărătorii şi furnizorii de sănătate 532
Apt pentru a conduce 534
Procentajul trimiterilor 536
Oboseala şi EM 538
Tratamentul obezităţii 540
Greutate şi înălţime 542

Pagini importante în alte capitole ▶*Toate paginile din toate capitolele.*

Toate bolile sunt importante. Aceasta este o trăsătură cheie a medicinii generale, care este axa în jurul căreia se rotesc toate evenimentele medicale, şi care atrage în fiecare zi milioane de pacienţi înainte ca, dintre aceştia, câţiva să fie trimişi spre toate colţurile stabilimentului medical.

Numai în practica medicală generală devine evidentă întreaga importanţă a tot ceea ce poate merge prost în vieţile oamenilor. Din cauza dimensiunilor enorme şi nedefinite ale medicinii generale, s-a spus (nu numai de către medicii generalişti înşişi) că medicul generalist trebuie să aibă o educaţie mai completă decât oricare alt doctor.

[1] D Hill 1969 *Psychiatry in Medicine, Retrospect and Prospect*, London, Nuffield Provincial Hospitals Trust

Index de prevenire

Abuz faţă de copii 336
Accidente 764
Accidente sportive 744
Alăptatul la sân şi prevenirea 204
Anomalii ale tubului neural 100, 270
Astm, sever 318
Bariere ale 490
Boala Christmas 248
Boala hemoragică a nou-născutului 286
Boli genetice 248, 252
Carcinom de col 33
Cardiopatii 488
Cardiopatie ischemică vezi MMC 336
Cancer pulmonar 516
Cancer de sân 488
Centura de siguranţă 764
Clinică antenatală 100
Complicaţii diabetice 494, 584
Counselling prenatal 100
Deficitul de auz 618
Diabet 584
Diagnostic prenatal 186, 250
Dieta şi prevenirea 488
Difteria 245
Distrofie musculară 840
Endocardită în sarcină 168
Exces de alcool 423
Fenilcetonurie 238
Fumat şi prevenire 516
Gripă vezi MMC 242
Glaucom 579
Hemofilie 248
Hepatită B 245
Hipotiroidie, neonatală 226
Infecţii urinare 340
Leziuni non-accidentale 336
Luxaţia de şold 612
Maladii pneumococice vezi MMC 388
Malarie 224
Orbire, glaucom 579
Osteoporoză 762
Pielonefrită 178
Poliomielită 245

Plumb 238-42
Prevenirea 488
Profilaxie primară 488
Profilaxie secundară 488
Profilaxie terţiară 488
Rubeolă 245
Rujeolă 245
Sarcină nedorită 72
Scolioză 700
Sindromul Down 186
Sinucidere 394
SIDA 502
Spina bifida 100, 270
Talamus 764
Talasemie 248
Teamă de doctor 764
Tensiune arterială 488
Tromboză coronariană 488
Tuberculoză 245
Tuse convulsivă 245

Introducere

Medicina generală nu este o specialitate în sensul obişnuit al cuvântului. Medicii generalişti nu au cunoştinţe speciale despre boli (doar despre stadiile incipiente ale acestora) şi nu posedă metode speciale de tratament. Dacă sunt totuşi specialişti în ceva, atunci nu sunt specialişti în boli, ci în pacienţii lor. Ei pot răspunde la întrebări ca "De ce nu vine niciodată d-ra Phelps la consultaţiile de îngrijire prenatală? Ce ar trebui să se schimbe pentru ca ea să vină?" Există puţine situaţii medicale în care generaliştii să poată oferi mai multă pricepere şi experienţă decât toţi ceilalţi medici – dar există multe împrejurări în care ceea ce contează este înţelegerea generalistului, care nu poate fi înlocuită de nici o cantitate de ştiinţă din nici o carte. Aşa încât, dacă, de exemplu, bebeluşul d-rei Phelps moare, către cine se îndreaptă ea în disperare? Ea nu este o problemă medicală; nu este o problemă obstetricală; nu este nici măcar o problemă psihiatrică – ea este d-ra Phelps. Şi medicul specializat în d-ra Phelps este (sau ar trebui să fie) medicul ei curant. El este cel care ştie ce să facă şi ce să spună; când să tacă şi când să explice; când să apară şi când să dispară, cu umilinţa de a fi martorul unei asemenea bogăţii de suferinţe.

După consultarea paginii de cuprins (p. 534) nou-venitul în medicina generală ar putea trage concluzia că generalistul îşi petrece cea mai mare parte a timpului formând echipe de asistenţă medicală primară, conducând interviuri, încărcând programe de profilaxie în computer, efectuând analize de activitate, participând la şedinţele grupelor de pacienţi sau mamă-şi-copil, delegând sarcini membrilor echipei şi, în cele câteva cazuri în care chiar consultă, aceste consultaţii sunt urmate de lungi şedinţe de analiză a consultaţiei înregistrată pe video. Medicina generală este cea mai veche ramură a medicinei, şi până de foarte curând nu a simţit nevoia a nimic din toate acestea. Ceea ce a adus aceste activităţi în prim-plan este faptul că ne trezim într-o lume în care succesul medicinei tehnologice îţi dezvăluie limitele. Chiar dacă toţi oamenii de ştiinţă ar avea capacităţi şi facilităţi nelimitate, medicina tehnologică tot ar fi limitată. Chiar dacă am putea transforma întreaga lume într-un spital atât de performant încât să fie capabil de a manipula totalitatea *milieu*-lui *interieur*, încă ar mai rămâne un vast abis între sănătate şi posibilitatea atingerii ei. De cealaltă parte a abisului se află pacientul, înconjurat de necunoscute (dar nu de necunoscut) mituri, speranţe, angoase, idei, năzuinţe şi fantezii care îl îndepărtează tocmai de lucrurile care l-ar putea ajuta cel mai mult. Este sarcina generalistului să arunce o punte peste acest abis, nu atât pentru a aduce pacientul în siguranţă, ci mai curând pentru a fi platforma pe care pacientul traversează din propria sa voinţă. În stabilirea acestei punţi, generalistul are nevoie de fundaţii solide pe ambele părţi, şi aceasta este marea provocare a medicinei generale – de a stăpâni în sine o dragoste egală pentru aspectul tehnologic cât şi cel personal.

Câteva definiţii

Asistenţa primară şi distribuţia justă. Declaraţia OMS de la Alma Ata susţine că asistenţa primară trebuie să fie “universal accesibilă indivizilor şi familiilor în cadrul comunităţilor, prin mijloace acceptabile pentru ele, cu deplina lor participare, şi la costul pe care comunitatea şi ţara şi-i pot permite în spiritul propriilor resurse (şi) se adresează principalelor probleme de sănătate din cadrul comunităţii, asigurând servicii de promovare, profilaxie, tratament şi reabilitare în consecinţă”. Factorii care influenţează accesul la sănătate cuprind finanţele, ideologia şi educaţia.

O descriere a postului. Un medic generalist este un absolvent licenţiat de studii medicale care asigură asistenţă personală, primară şi permanentă indivizilor fără deosebire de vârstă, sex şi boală – îngrijind pacienţii la domiciliu, în cabinete de consultaţie, clinici sau spitale. Scopul său este de a pune un diagnostic precoce. Aceste diagnostice vor fi formulate în termeni fizici, psihologici şi sociali. Medicul generalist nu va lua o decizie privind fiecare problemă care i se prezintă. Va efectua tratamentul continuu al pacienţilor cu maladii cronice, recurente sau terminale. Va practica în colaborare cu alţi colegi, din domeniul medical şi nemedical. Va şti cum şi când să intervină prin tratament, profilaxie şi educaţie pentru a promova sănătatea pacienţilor săi şi a familiilor lor. Va recunoaşte că are de asemenea o responsabilitate profesională faţă de comunitate.

Sănătate. 3 definiţii de comparat: Sănătatea este: I. absenţa bolii;[1] II. O stare bună deplină: fizică, psihică şi socială;[2] III. Un proces de adaptare la mediul înconjurător în continuă schimbare, de maturizare şi îmbătrânire, de vindecare în urma unor leziuni, de suferinţă, şi de paşnică acceptare a morţii. Sănătatea cuprinde şi viitorul (aşa încât) cuprinde şi angoasa şi resursele interioare de a o face acceptabilă.[3]

Toate definiţiile de mai sus au limite, dar (I) pare cea mai puţin contra-intuitivă. Luaţi în considerare următoarele: • Era Charles I sănătos când şi-a pus capul pe eşafod? • Era Ghandi sănătos la sfârşitul unei greve a foamei? • Poate fi o persoană vârstnică sănătoasă acum, dacă a pierdut un deget cu ani în urmă? • Pot animalele sau sugarii să fie sănătoşi?

Întrebările de mai sus au răspunsuri diferite:

	Sănătatea în funcţie de definiţia		
	I	II	III
Regele Charles	Da	Nu	Da
Ghandi în greva foamei	Da	Nu	Da
Bătrâni fără deget	Da	Nu	Da
Sugari şi animale	Da	Da	Nu

Măsurarea sănătaţii. Scorul formularului de supraveghere a sănătăţii Short Form 36 (disponibil numai în Marea Britanie SF 36) este reproductibil şi cuantificabil, legat de starea clinică a pacienţilor, de decizia generalistului de a trimite la un consult de specialitate, şi de opiniile generalistului privind gravitatea. Este valid atunci când este combinat cu un index al calităţii vieţii generat de pacient (care cere pacientului să denumească cele mai importante 5 activităţi (domenii afectate de boala sa, şi să acorde valori ameliorărilor survenite) şi cu un calcul al timpului zilnic de compromis (cât timp aţi sacrifica zilnic pentru a avea o sănătate perfectă?).[4] Combinând aceste instrumente, defectele unuia dintre ele pot fi minimizate (de ex. SF 36 întreabă dacă starea sănătăţii limitează capacitatea de a merge pe jos o milă (aproximativ 1,4 km.) – fără importanţă dacă pacientul nu are nevoie sau nu doreşte să meargă atât de mult pe jos). *Nevoia de sănătate* este diferenţa dintre o stare prezentă şi un scop.[5] Nevoile pot fi ordonate în funcţie de distanţele dintre stările prezente şi cele ideale. Indicatorii de sănătate măsoară gradul de îndeplinire a nevoilor. Rata avorturilor poate fi folosită pentru a măsura nevoia de educaţie sexuală. Studiile pot măsura sănătatea, dar nu în mod necesar nevoile.

---

1 WHO 1978 Report of the International Conference of Primary Care
2 WHO definition 3 I Illich 1976 *Limits to Medicine*, Boyars
4 D Rupta 1993 *BMJ* ii 448
5 Per-Erik Liss 1993 *Health Care Need: Meaning and Measurement*, Avebury, ISBN 1-85628-453-0

Asistenţa Medicală Primară

Filosofia asistenţei medicale primare. Asistenţa medicală primară este sistemul de îngrijire utilizat de societate ca prim contact cu serviciile medicale. Acolo unde este nevoie, se fac trimiteri (de ex. la aproximativ 10% din pacienţii din Marea Britanie) în centre de asistenţă secundară – de obicei spitale districtuale. Uneori poate fi necesară trimiterea şi mai departe, la "super-specialişti" regionali, care constituie astfel asistenţa medicală terţiară. Acest model seducător de simplu al asistenţei medicale se bazează în întregime pe esenţa asistenţei medicale primare – responsabilităţile indivizilor şi familiilor faţă de propria lor bunăstare fizică şi psihică. ▶*Până la 90% din problemele de sănătate sunt rezolvate în afara sistemului medical oficial.* Dacă indivizii şi familiile nu acţionează din proprie iniţiativă pentru promovarea sănătăţii, nici un fel de îngrijire medicală nu îi va face sănătoşi, un by-pass coronarian poate fi de ajutor, dar nu înlocuieşte iniţiativa familiei de a-ţi promova propria sănătate, încercând să trăiască mai corect (în privinţa alimentaţiei şi a fumatului) şi învăţând să-şi îngrijească propria sănătate. Un mare număr de grupuri este implicat în dezvoltarea şi educarea acestui simţ al iniţiativei – nu numai medicii ci şi profesorii, educatorii sanitari, politicienii şi, mai presus de toate, familiile însele. Astfel, în evaluarea eficienţei asistenţei medicale primare într-o comunitate, este necesară nu numai evaluarea asistenţei medicale, ci şi analiza aspectelor sociale, politice şi culturale.[1] Trebuie să ne punem întrebări ca: "Facilitează societatea alegerea de către indivizi a unui mod de viaţă sănătos?" şi "Cum promovează societatea educaţia sanitară?" şi "În ce moment devine îndoctrinare această educaţie?"

Asistenţa medicală primară definitivă ca set de activităţi

- Asigurarea de hrană şi apă sigură.
- Asigurarea libertăţii faţă de dorinţe.
- Tratamentul de bază al stării de boală.
- Asigurarea medicamentelor necesare.
- Îngrijire preventivă de-a lungul întregului ciclu vital (p. 488).

Asistenţa medicală primară definită ca strategie. Nici o ţară din lume nu este suficient de bogată pentru a putea oferi cetăţenilor ei toate facilităţile de care dispune asistenţa medicală. Acest fapt evidenţiază ideea utilizării eficiente a unor resurse limitate – ceea ce presupune un sistem eficient de asistenţă medicală primară. Pentru a fi eficient, acesta trebuie să fie accesibil, să răspundă nevoilor populaţiei; să fie bine integrat, să aibă deplinul sprijin al comunităţii; să fie eficient din punct de vedere al costurilor; şi să fie caracterizat prin colaborarea între diversele sectoare ale societăţii.[1]

Bariere în faţa Asistenţei Medicale Primare

- Oamenii neajutoraţi şi fără speranţă din cauza marilor flageluri ale timpului nostru: şomaj, sărăcie, descompunerea familiei.

- Profesionişti care vor să monopolizeze şi să medicalizeze sănătatea.
- Naţiunile care sunt mai dornice să cumpere arme decât să vaccineze.
- O lume care se comportă ca şi când nu ar cunoaşte semnificaţia justiţiei şi egalităţii sociale, şi în care bogaţii şi săracii nu împărtăşesc obiective comune – sau pur şi simplu nu împărtăşesc nimic.

Câteva fapte

- 90% din episoadele de boală raportate la NHS sunt rezolvate de medicina generală.
- Serviciile de medicină generală reprezintă <10% din costul NHS.
- Numărul generaliştilor fără restricţii de practică din Marea Britanie creştere cu aprox. 1,8% pe an, şi este acum de 30 320, cu 2 250 stagiari, 250 asistenţi şi 36 000 personal auxiliar.

[1] H Vuori 1986 *J Roy Col Gen Prac* **36** 398

Echipa de Asistenţă Medicală Primară

"Oricând o sarcină poate fi delegată cu succes, delegaţi-o." Antiteza acestei afirmaţii este *"Dacă vrei ca o treabă să fie bine făcută, fă-o tu însuţi."*

Medicii. Pe măsură ce medicina generală se dezvoltă, devine din ce în ce mai puţin adevărat că toţi medicii sunt "totipotenţi" – capabili de orice. În orice practică de grup, mare sau mică, rolurile se pot completa reciproc. Unii se pot specializa într-un subiect sau într-un procedeu, alţii pot fi lideri în tehnologia informaţiei, iar alţii supraveghează relaţiile interpersonale, managementul sau iniţiativele preventive. Alte roluri cuprind cercetarea şi capacitatea economică (strângerea de fonduri, p. 532). O bună întrebare pentru orice parteneriat este care e paleta propriilor capacităţi, şi dacă există cursuri de perfecţionare care ar putea umple eventualele lacune? Aceste specializări sunt utile pentru avansarea într-o carieră de generalist[1] şi nu trebuie să submineze rolul central al generalistului ca medic de familie.

Asistenta comună (districtuală). Este angajată de obicei de autoritatea sanitară locală şi este ataşată unui cabinet de medicină generală sau unui sector. Sectorizarea are avantajul că toate vizitele la domiciliu sunt apropiate una de alta, dar are dezavantajul că trebuie să fie în legătură cu mai mulţi medici. Activităţile ei cuprind vizite la pacienţi post-operatori pentru pansamente şi scoaterea firelor, pansamentul ulcerelor de gambă şi "asistenţă generală" pentru vârstnici nedeplasabili, injecţii (de ex. pacienţilor diabetici orbi), asistenţa incontinenţei, precum şi alte ajutoare. Pentru cateterizări pot fi chemaţi asistenţi bărbaţi.

Moaşa comunală. Îţi conduce propriile ore şi consultaţii antenatale (în Marea Britanie) – deseori împreună cu un generalist învecinat, ca să se poată sfătui reciproc când apar dificultăţi. Face şi vizite la domiciliu. Multe asistă naşteri programate la domiciliu (acolo unde este cazul) şi toate asistă naşteri în regim de urgenţă. Are obligaţia statutară de a face vizite în primele 10 zile ale perioadei puerperale (are drept de intrare). După 10 zile, rolul este preluat de vizitatorul sanitar (p. 532).

Asistenta sanitară comunală. Este instruită ca asistentă şi moaşă, cu o calificare ulterioară ca asistenta sanitară comunală. Roluri: testarea dezvoltării copiilor; sfaturi privind vaccinările, alăptatul la sân, bolile minore ale copilăriei şi handicapul; sfaturi pentru adulţi privind alimentaţia sănătoasă şi renunţarea la fumat; implementarea strategiilor ofiţerului de educaţie sanitară (p. 502), vizite la domiciliul vârstnicilor, vizite de consolare.

Asistenta de cabinet este angajată de medicii generalişti (o parte din salariul ei poate fi rambursat de Family Health Service Authority). Activitatea ei cuprinde *teste* (urină, recoltare de sânge, audiometrie, ECG, spirometrie, teste alergologice); *sfaturi* (de ex. privind alimentaţia); tratamente – de ex. spălături auriculare (93% din asistente), injecţii (93%), TA (52%), ITU (30%), otită medie (19%), astm (16%); *prevenire şi consult* – de ex. vaccinări, TA, frotiuri cervicale şi planning familial (de ex. dacă are certificatul de competenţă de la English National Board[2]); *ajutor pentru medic* (consultaţii de diabet sau astm, însoţitor, inserţie DIU). Asistentele practiciene pot avea un rol important în diagnostic dacă sunt instruite de medic şi doresc să-şi asume responsabilităţi suplimentare.

Personal non-medical. Cuprinde recepţionişti, secretare, manageri ai cabinetului. Sunt angajaţi de medici şi salariile lor sunt plătite ca mai sus. Numai pentru că este "non-medical" nu înseamnă că nu se ocupă cu medicina. Pacienţii deprimaţi pot veni în perioade mai puţin aglomerate să stea de vorbă cu recepţionista, şi se pot simţi mai bine astfel decât după o consultaţie medicală.

Alţii. Lucrător social, psiholog, consilier sau facilitator (pentru încurajarea activităţilor preventive), fizioterapeut. *În afara cabinetului:* farmacişti comunitari, ofiţeri de educaţie sanitară (p. 502) şi medici comunitari.

---

1 S Handysides 1994 BMJ i 253
2 S Haslett 1987 J Roy Col Gen Pract 37 561

Timpul şi medicul generalist

Cum îşi petrec generaliştii timpul? Un generalist tipic cu o listă de ≤2 000 pacienţi dintre care aproximativ 15% au peste 65 ani poate vedea 50 pacienţi într-o zi (cu 5 vizite la domiciliu). Categoriile principale de solicitări sunt pentru boli autolimitate (65% din consultaţii), maladii cronice (20%) şi maladii acute majore (15%). Cele mai frecvente afecţiuni sunt date în lista de mai jos (persoane/an/medic).[1]

Maladii acute	*Persoane/an*
Infecţii respiratorii superioare	600
Boli dermatologice	300
Tulburări emoţionale	300
Boli gastrointestinale	200
Plăgi	100
Otită medie acută	75
Înlăturarea cerumenului	50
Infecţii urinare	50
Dureri lombare	50
Tulburări menstruale	50
Secreţii vaginale	30
Migrenă	25
Hernie	20
Hemoroizi	20
Infarct miocardic	8
Cronice	
Boli mentale	460
"Reumatism"	100
Hipertensiune	100
Cardiovasculare	50
Obezitate	40
Bronşită	35
Anemie	35
Cancer: vechi/nou	30/5
Astm	30
Ulcer peptic	30
Varice hidrostatice	30
Accidente vasculare cerebrale: vechi/noi	20/5
Diabet	20
Epilepsie	10
Boli tiroidiene	7
Parkinsonism	3

Timpul şi numărul de consultaţii. ▶*Sunt solicitările mari cauza consultaţiilor scurte, sau consultaţiile scurte generează solicitări mari* *pentru că nu satisfac nevoile pacienţilor?* Durata medie a consultaţiei la un generalist este de 6,6 min (cu unele consultaţii durând aproximativ 1/2 h). Durata consultaţiei influenţează gradul de satisfacţie a pacientului[2], şi poate influenţa numărul de consultaţii (2,5-6/pacient/an) cu scăderea numărului de vizite ulterioare pentru consultaţii mai lungi (nedemonstrat în toate studiile) şi scăderea numărului de reţete – în special pentru antibiotice, şi creşterea numărului de activităţi preventive. Durata medie a consultaţiei efective este de 8 min pentru programările de 10 min, dar numai de 9,2 min pentru programările de 15 min, sugerând că timpul suplimentar ar putea să nu fie bine folosit de medici când intervalul de programare depăşeşte 10 min[3]. Întârzierea este stresantă pentru doctori (şi pacienţi): este mai uşor să te menţii în timp de 10 min (mai curând decât pentru programări mai scurte). (De ce programări la urma urmei, întrucât pacienţii în general preferă să nu fie programaţi, şi, deşi reduc din timpul de aşteptare, programările cresc exasperarea pacienţilor pentru că se aşteaptă să fie examinaţi exact la o anumită oră).

Alţi factori care cresc (↑) sau scad (↓) numărul de consultaţii:

- Mărimea listei de pacienţi (↑, ↓) şi listele personalizate (↓ cu 7%).
- Neprescrierea pentru afecţiuni minore – vezi p.524 (?↓).
- Pacienţi noi (în primul an) sau pacienţi peste 65 ani (↑).
- Perioada din an (epidemii), cadrul geografic şi cadrul social (↓,↑).
- Dacă generalistul este extrovertit cheamă la control mai mulţi pacienţi, şi lista lui este mai mare decât al altora (de ex. 6/an faţă de 2/an). Vârsta şi sexul generalistului influenţează de asemenea numărul de consultaţii.
- Latitudinile înalte (în interiorul Marii Britanii) (↑). În Sud-Est numărul de consultaţii este mai mic.[4]
- Deprivarea socială (↑) şi morbiditatea (↑). Numărul a scăzut în anii 1960-'70, probabil din cauza scăderii ponderii bolilor respiratorii.
- Activităţile preventive (↑). În prezent şi cei care nu participă la activităţi preventive sunt invitaţi la consultaţii.

---

[1] J Fry 1978 *A New Approach to Medicine,* MTP [2] D Morrell 1986 *BMJ* i 869 [3] R Potter 1989 *JRCGP* 39 485 [4] T Carney 1989 *BMJ* ii 753

Clasificarea şi codurile READ[1]

Problemă: secretara mea din Worthing vrea să afle de la secretara ta din Woking dacă tu consulţi mai multe cazuri de infarct miocardic, comparativ cu anul trecut. Ea caută prin sistemul tău de înregistrare şi nu găseşte mare lucru, pentru că tu codifici de obicei infarctul miocardic sau ca IM, dar şi ca tromboză coronariană, sau IM acut, sau insuficienţă coronariană acută. Secretara concluzionează că infarctul miocardic este foarte rar în Woking, şi îţi sfătuieşte toţi prietenii să se mute imediat acolo. Cum poate fi prevenit deci un exod în masă? Primul pas este de a pune la punct un metalimbaj computerizat, care să definească *termenii preferaţi* şi sinonimele lor reale (legate printr-un cod de sinonime), precum şi *denumirile eronate şi omonimele* – care au semnificaţii diferite în contexte diferite – de ex. "secţiune" care este legală pentru psihiatri, uterină pentru obstetricieni şi microscopică pentru anatomopatologi.

Un sistem care are ca scop codificarea medicinei generale trebuie să fie: *cuprinzător, ierarhic, auto-referenţial, dinamic şi multi-axial.*

Cuprinzător
Anamneză/simptome
Examen fizic/semne
Diagnostic
Explorări diagnostice
Proceduri preventive
Proceduri operatorii
Medicamente şi dispozitive
Psihoterapie
Tratamente fizice
Tratamente alternative
Alte tratamente
Educaţie
Administraţie
Date privind starea de sănătate
Mediul social/ocupaţional
Grupe de diagnostic înrudite (DRG)

Trebuie să permită cu uşurinţă transferul de informaţii între asistenţa primară, secundară şi terţiară, şi să fie uşor de utilizat de personalul clinic, tehnicieni, personalul auxiliar, cercetători, administratori şi planificatori.

Ierarhic. Sistemul Read utilizează încadrarea gradată a claselor în subclase, astfel încât sunt uşor de cuantificat toate operaţiile (7 ....), toate operaţiile pe apendice (770 ..) şi toate exciziile de urgenţă ale apendicelui normal (77002). Există un *concept* (operaţiile), *subclase* ale acestuia, şi o *clasă terminală*. Codul este *alfanumeric* (0-9; A-Z; a-z – cu i şi o excluse pentru a evita confuzia cu 1 şi 0, astfel încât există 58 opţiuni la fiecare joncţiune în fiecare din cele 5 nivele de ierarhie ale codului). Aceasta înseamnă că sunt disponibile 656 356 768 (58^5) coduri (suficient pentru fiecare boală dar nu pentru fiecare semn şi simptom), iar toate descrierile sunt reductibile la numai 5 cifre sau litere uşor de înmagazinat şi de manipulat.

Dinamic. 656 356 768 coduri oferă suficientă redundanţă pentru a face loc ideilor noi. Propriile noastre conexiuni sinaptice oferă redundanţă nelimitată. Această carte are cel puţin două tipuri de redundanţă *limitată:* paginile albe oferă o redundanţă strict limitată, astfel încât câteva noi idei pot fi depozitate în locul potrivit, iar o redundanţă mai puţin strict limitată este oferită de adăugarea unor pagini noi la sfârşitul textului, într-un loc nepotrivit. Codurile Read sunt teoretic strict limitate, dar în practică pot fi extinse aproape nelimitat (deci sunt dinamice), şi sunt disponibile actualizări pe dischete sau modem.

Auto-referenţial. Codurile Read sunt un superset al tuturor sistemelor de clasificare utilizate (ICD-9; ICD-9-CM; ICD-10; OPCS-4; CPT-4, BNF), sunt cel puţin la fel de detaliate ca oricare altele, şi pretind că sunt compatibile cu toate celelalte sisteme. *Conexiunile interne* permit gruparea automată a DRG-urilor din date clinice.

Multi-axial. În prezent există un singur mod de a chestiona sistemul Read – prin subclasele sale predefinite. Sunt în curs de punere la punct patru axe suplimentare: anatomie, structură/formă, cauză şi sistem.

Astfel, codurile Read sunt, poate, standardul pentru înregistrarea şi schimbul de informaţii.

---

1 J read 1990 *Royal College of General Practitioner's Reference Book*, page 253 and NHS Management Executive Booklets (CB4 1RF) 1993 *What are Read Codes?*

Consultaţia

Consultaţia este componenta centrală a medicinei generale. Când în practica noastră apar erori, cauza este de obicei un defect într-un anumit proces al consultaţiei. Medicul poate constata că trebuie să capete un anume fler instinctiv pentru a putea spune care parte a cărui model este vitală într-un anumit moment, astfel încât, aflat în faţa unei zile cu 30 pacienţi, şi cu alte vizite urgente de făcut, să poată supravieţui şi el şi pacienţii lui.

Un model medical. Este un mod de a descrie ceea ce se întâmplă într-o consultaţie în termeni pur medicali: Anamneză → examen clinic → investigaţii → diagnostic → tratament → urmărire.

Un model orientat către sarcini[1] Acesta cuprinde 7 stadii:

1. Defineşte motivele vizitei pacientului, în dimensiuni sociale, psihologice şi fizice. Elucidează natura, istoricul, cauza şi efectele problemelor apărute, împreună cu ideile, grijile şi aşteptările pacientului.

2. Ia în considerare şi alte probleme şi factori de risc (de ex. fumat).

3. Alege acţiunea adecvată (sau lipsa ei) pentru fiecare problemă.

4. Împărtăşeşte înţelegerea problemelor cu pacientul.

5. Atrage participarea pacientului la realizarea propriului tratament şi încurajează-l să-ţi accepte responsabilitatea de a-ţi promova propria sănătate.

6. Utilizează corect timpul şi resursele de care dispui.

7. Stabileşte sau consolidează o bună relaţie de comunicare cu pacientul.

Nu se spune însă cum se ating aceste obiective. Este de presupus că vindecarea poate fi încadrată într-o analiză, dar astfel de analize sunt încă de domeniul viitorului.

Modelul rezolvării de probleme. Enunţarea problemei → examinarea problemei → definirea problemei → acceptarea problemei. Generarea de soluţii → examinarea soluţiilor → selecţionarea soluţiilor → acceptarea soluţiilor.

Modelul Stott şi Davis[2]

Tratarea problemelor prezente	Modificarea atitudinii faţă de solicitare de ajutor în privinţa unei probleme de sănătate.
Tratarea problemelor persistente	Promovare oportună a sănătăţii

Un model de testare a ipotezelor. Se colectează informaţii, a căror validitate este verificată prin generarea şi testarea de ipoteze.

Modele de scopuri (contează scopurile şi nu mijloacele). Propuneţi-vă să:

- Vindecaţi; alinaţi; calmaţi; sfătuiţi; preveniţi; anticipaţi; explicaţi.
- Asigură pacientul asupra capacităţii de a-şi recâştiga controlul asupra propriei vieţi.

- Manipulează societatea în avantajul pacientului.
- Facilitează schimbările acolo unde pacientul le doreşte.
- Creşte încrederea în sine a pacientului – subliniind sursele de bogăţie ale vieţii sale, eliberându-l de povara unor probleme insolubile.

Dacă o consultaţie nu merge bine, întreabă-te:[3]

"Acord la fel de mult spaţiu agendei pacientului ca şi agendei mele?"

"I-am descoperit speranţele şi aşteptările – şi temerile?"

"Discut deschis cu pacientul despre ideile noastre contradictorii?"

"Care sunt sentimentele mele, şi cum pot fi ele utilizate pozitiv?"

Încearcă să spui: "Lucrurile nu merg prea bine. Am putea să o luăm de la capăt?"

1 T Schofield in D Pendleton 1983 *Doctor Patient Communication,* Academic Press   2 *J Roy Col Gen Prac* 1979 29 201   3 J Middleton 1989 *J Roy Col Gen Prac* 39 383

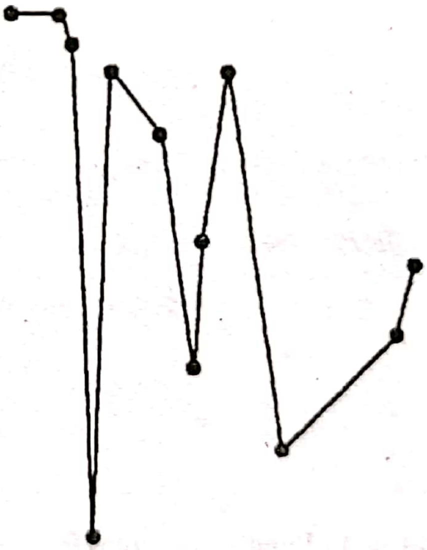
Analiza consultaţiei

Este un fapt trist dar real că oamenii îşi pierd unele din capacităţile lor înnăscute de comunicare în timpul Facultăţii de medicină. Analiza consultaţiei are ca scop reînvierea şi extinderea acestei arte, şi s-a demonstrat că aduce ameliorări permanente în activitatea celor care o practică.[1]

Metode. Primul pas este de a obţine acceptul pacientului. Metoda care asigură cele mai multe informaţii şi cel mai larg material pentru învăţare este de a utiliza un observator/supraveghetor care stă în spatele unei oglinzi cu 2 feţe şi care poate transmite instrucţiuni verbale medicului printr-o mică cască plasată discret în ureche. Activitatea este înregistrată pe bandă video pentru analiză ulterioară. Direcţionând comportamentul verbal şi non-verbal, observatorul poate demonstra potenţialul unei consultaţii în moduri pe care medicul nu le-ar fi imaginat posibile. Alte metode sunt înregistrarea simplă pe bandă video, pe bandă audio, şi consultaţiile mixte, în care un al doilea medic fie participă fie observă consultaţia.

Analiza consultaţiei pare a fi o activitate întrucâtva ameninţătoare, astfel încât au fost stabilite reguli pentru a minimiza acest lucru.[2] De exemplu, sunt discutate faptele înaintea opiniilor, medicul spune ce a făcut bine, şi apoi grupul discută ce a făcut bine. Apoi, medicul spune ce crede că ar fi putut face mai bine, şi în sfârşit grupul spune ce ar fi putut face mai bine. În practică, aceste constrângeri sunt uneori ridiculizate, dar este mai bine să fii ridiculizat decât rănit.

Diagrama consultaţiei şi scorul de eficienţă. În diagrama consultaţiei de mai jos, infarctul miocardic inferior al pacientului (dureri toracice brusc apărute după ingestia de lichide fierbinţi) a fost greşit interpretat de medic (JML) ca indigestie, ilustrând faptul că degeaba eşti un bun comunicator dacă comunici un mesaj greşit. Arată de asemenea cât de înşelător poate fi scorul (50/84, însă pacientul aproape că a murit).



SARCINA	SCOR
Definirea problemelor	6/7
Definirea efectelor	5/7
Definirea cauzelor	5/7
Explorarea pacientului:	
- idei	7/7
- aşteptări	0/7
Considerarea:	
- factorilor de risc	5/7
- probleme permanente	7/7
Realizări adecvate:	
- conduită în faţa problemelor	0/7
- împărtăşire a înţelegerii	7/7
- utilizare de resurse	0/7
- implicarea pacientului în - propriul tratament	6/7
Realizarea unei relaţii doctor/pacient utile	2/7

---

1 P Maguire 1986 *BMJ* i 1573 2 D Pendleton 1984 *The Consultation*, OUP

Prevenirea

▶Pentru orice boală scopul este prevenirea. Aceasta nu înseamnă că activitatea de prevenire nu are şi efecte secundare.

Clasificare. Prevenirea unei boli (de ex. prin vaccinare) este *profilaxie primară*. Controlul bolii într-o formă precoce (de ex. carcinom *in situ)* este *profilaxie secundară*. Prevenirea complicaţiilor la cei deja simptomatici este *profilaxie terţiară*.

Prevenirea de-a lungul vieţii. Preconcepţie (p. 100): Este femeia imună la rubeolă? Dacă nu, vaccinează-o (p. 254 – şi asigură-te că foloseşte o contracepţie adecvată timp de 3 luni după vaccinare). Este diabetică? Dacă da, este bine ca glicemia să fie corect controlată cât mai repede posibil (p. 172).

Copilul: Vaccinare (p. 245) şi teste de dezvoltare (p. 340).

Prevenirea infarctului de miocard: Fumatul ţigărilor triplează riscul faţă de bărbaţii care nu au fumat niciodată. O TA sistolică >148 mmHg (40% din bărbaţi) dublează riscul, iar dacă colesterolul seric este în prima cincime din intervalul de valori observat, riscul se triplează.[1] Sfaturile pentru renunţarea la fumat şi tratamentul hipertensiunii arteriale importante sunt singurele intervenţii necontroversate (p. 516). Probabil nu merită să fie tratată o TA doar uşor crescută (diastolică <110 mmHg).[2] În America, se recomandă consultanţă dietetică intensivă pentru cei în prima 1/4 a distribuţiei de valori a colesterolemiei (ceea ce ar include 50% din toţi bărbaţii britanici) şi tratament medicamentos pentru cei în prima 1/10 care nu răspund numai la dietă. Guvernul Marii Britanii recomandă reducerea grăsimilor totale şi a grăsimilor saturate la 35% şi, respectiv, 15% din aportul total de energie.[3] Medicii generalişti şi asistentele de cabinet au un rol principal în prevenirea deceselor cardiace,[4] de ex. prin identificarea şi reducerea riscului la tineri, rudele de gradul I ale celor care au suferit evenimente coronariene precoce (<50 ani), efectuarea de screening pentru hipertensiune şi încurajarea renunţării la fumat. Faptul că dieta optimă pentru reducerea mortalităţii nu a fost încă pusă la punct nu justifică lipsa de acţiune cu privire la măsurile preventive de mai sus.

Prevenirea deceselor prin cancer de sân. Educaţie şi autoexaminare. Clinici /consultaţii ale femeii sănătoase. Mamografie (cu iradiere neglijabilă) - rata de depistare a cancerului: 5 la 1 000 femei "sănătoase" examinate. Mamografiile anuale în 2 incidenţe la femeile după menopauză ar putea reduce mortalitatea cu 40% - preţul este însă alarma serioasă dar inutilă produsă: există aproximativ 10 mamografii fals pozitive- pentru fiecare rezultat real. Serviciul sanitar naţional din Marea Britanie oferă mamografii într-o incidenţă, o dată la 3 ani, femeilor între 55 şi 64 ani (femeile mai vârstnice pot fi examinate dacă vor, dar nu sunt chemate).

Prevenirea la vârsta fertilă (p.494). Planning familial (p.62-72), îngrijire antenatală/prenatală (p.100 şi p. 102), screening pentru cancerul de col (p. 33), controale ale tensiunii arteriale, serologie pentru rubeolă.

Prevenirea şi vârsta a treia: Lecţii de "menţinere în formă", de prepensionare, screening pentru glicozurie, counselling în caz de deces al rudelor apropiate şi vizite ocazionale ale asistentului sanitar, toate pot contribui la prevenirea bolilor. Dar scopul principal este de a adopta măsurile de mai sus pentru a ne asigura că există o vârsta a treia în care să prevenim bolile.

Efecte secundare. Nici o intervenţie nu este lipsită de posibile efecte secundare (de ex. cele ale antihipertensivelor), iar atunci când sunt aplicate la populaţii largi, dezavantajele pot fi mai mari decât beneficiile.[2]

Fumatul şi prevenţia: p. 516. Centura de siguranţă şi prevenţia - p. 764. Pentru o listă mai completă a afecţiunilor care pot fi prevenite, vezi p. 471.

[1] Regional heart study: vezi *BMJ* 1985 ii 1667
[2] MRC trial: *BMJ* 1985 ii 97
[3] DoH 1984 *Diet & Cardiovascular Disease*, HMSO
[4] E Fullard 1984 *BMJ* ii 1585

Bariere în prevenire

Bariere cognitive. Oamenii se gândesc deseori prea puţin la viitor, şi pot să nu simtă mai mult ataşament faţă de ce vor fi ei înşişi peste 20 ani decât faţă de un străin. Aşa încât *persoana a II-a* în propoziţii ca: "Dacă te laşi acum de fumat s-ar putea să nu faci cancer peste 20 de ani" nu este percepută ca referindu-se la aceeaşi persoană ca adolescentul fumător căruia îi este adresată. Este o versiune mai subtilă şi mai complicată a filosofiei *"N-o să mi să întâmple mie"*.

Unor oameni, patronajul excesiv de zelos şi pompos al unor organisme ca Autoritatea de Educaţie Sanitară din Marea Britanie le creează bariere faţă de prevenire, provocând supărarea şi respingerea celor care nu agreează că impozitele plătite de ei ajung la o asistentă de stat care are impresia că toţi pacienţii ei sunt "înapoiaţi cu 5 ani" care nu pot fi lăsaţi să gândească singuri[1] – aşa încât oamenii anunţă cu mândrie că "...Mănânc de toate – şi unt şi prăjeli cât vreau ... Fumez 40-60 ţigări pe zi... Fulgii de porumb trebuie mâncaţi cu zahăr şi cu frişcă, altfel de ce să-i mai mănânci... Cât timp fumezi şi bei whisky din belşug, n-ai nici o grijă."

Bariere psihologice. Noi toţi, uneori, suntem la fel de dornici să promovăm propria distrugere ca şi propria supravieţuire. Faptul că ştim că alcoolul ne poate distruge dă acestei substanţe un fel de farmec, când suntem în anumite stări de spirit – mai ales dacă nu cunoaştem detaliile sordide ale morţii prin alcool. Alcoolul asigură un mijloc îmbietor de evadare fără să impună o goană prea directă în seducătoarele braţe ale morţii. Jocul şi riscul reprezintă şi ele parte a acestei culturi.

Bariere logistice. Un cabinet de medicină generală trebuie să fie foarte bine organizat, pentru a putea fi permanent capabil de a răspunde la întrebări ca: "Cine nu şi-a controlat tensiunea arterială de 5 ani?" sau "Cine nu a răspuns solicitării de a se prezenta pentru screening?" sau "Cine nu şi-a mai reînnoit prescripţia de antihipertensive?" Pe un alt front, asigurarea unei scheme de distribuţie a vaccinurilor în zonele rurale de la tropice pune probleme logistice majore.

Bariere politice. Nu este un fapt necunoscut ca guvernele să evite în tăcere obligaţiile preventive, ca şi când ar fi influenţate de grupuri de presiune care ar pierde dacă prevenirea ar avea succes. Unele ţări sunt mai doritoare să cumpere tancuri decât vaccinuri.

Bariere etice. Dacă alocaţia pentru copii ar fi dată numai acelor copii care au fost vaccinaţi împotriva tusei convulsive, tusea convulsivă ar fi în mare măsură prevenită. Această abordare nu este populară.

Bariere financiare. Un cabinet poate fi nevoit să plătească personal suplimentar pentru a efectua un program eficient de screening. Bypass-urile coronariene pot preveni unele consecinţe ale cardiopatiei ischemice, dar sunt prea scumpe pentru a fi făcute tuturor celor care ar putea beneficia de ele.

Bariere motivaţionale. Plecând în grabă de la consultaţiile de dimineaţă ca să vedem ultimul "coronarian" ne cheltuim energia pe care am fi putut-o utiliza să studiem seara fişele pacienţilor, să facem o selecţie şi să prevenim cazul următor. Trecerea de la un program de lucru de criză la unul bazat pe prevenirea strategică este o problemă care poate fi rezolvată în primul rând de asistente. S-a dovedit că ele sunt deosebit de eficiente în activităţile meticuloase, repetitive pe care se bazează orice activitate de prevenire eficace.

---

1 B Levin & P Barthrop 1990 *The Times* 11/8/90 page 10 column 3

Screening-ul

Reprezintă testarea sistematică a unei populaţii, sau a unui subgrup pentru semne de boală. Aceste semne pot fi ale unei boli stabilite, şi pot fi fie pre-simptomatice (de ex. cancere de sân mici), fie pe deplin simptomatice (de ex. pierderea neraportată a auzului la vârstnici). Ele pot fi de asemenea markeri ai unei boli avansate (de ex. TA ridicată) sau care abia s-a declanşat (de ex. fenilcetonurie neonatală, p. 240).

Criteriile Wilson de screening modificate (1-10 formează cuvântul "iatrogenic").

1. Maladia pentru care se face screening trebuie să fie importantă.
2. Trebuie să existe un tratament acceptabil al bolii.
3. Trebuie să fie disponibile facilităţi de diagnostic şi tratament.
4. Este necesar un stadiu latent sau simptomatic precoce recognoscibil.
5. Trebuie puse de acord opiniile privind tratamentul.
6. Testul trebuie să fie de încredere (vezi mai jos) şi să aibă garanţii de siguranţă.
7. Examinarea trebuie să fie acceptabilă pentru pacient.
8. Evoluţia naturală a bolii trebuie să fie cunoscută.
9. Trebuie ca un test simplu şi ieftin să fie suficient.
10. Screeningul trebuie să fie continuu (nu intermitent).

Consimţământul informat: Regula lui Rees.[1] Înainte de a oferi un screening, medicul are datoria de a cuantifica pentru pacienţi şansa de a fi dezavantajaţi în urma acestuia – prin anxietate (care poate fi îngrozitoare, de ex. în timpul aşteptării infirmării unui rezultat fals +) şi prin efectele unor teste ulterioare (de ex. sângerare după conizaţie în urma unui frotiu cervical anormal) – ca şi şansa de a beneficia de el.

Compararea unui test cu "standardul de aur"

		Pacienţi cu boală	Pacienţi fără boală
REZULTATUL TESTULUI	Subiecţii par să aibă boala	Real + (a)	Fals + (b)
	Subiecţii par să nu aibă boala	Fals - (c)	Real - (d)

Sensibilitate: Cât de corect detectează testul + boala? a/a + c
Specificare: Cât de corect este testul – la sănătoşi? d/d + b

Screening-uri cu sprijin guvernamental în Marea Britanie

Frotiu cervical (p. 33)
Mamografie la 3 ani (p. 488)
Proceduri antenatale (p. 102)
Hipertensiune uşoară – moderată
Teste de scor mental (demenţă, p. 413)
Teste urinare (diabet; boli renale)
Vizitarea vârstnicilor pentru decelarea bolilor.

▶*Nici unul din aceste teste nu a scăzut mortalitatea în mod demonstrabil la populaţia Marii Britanii şi nu ăndeplineşte criteriile Wilson*.*

Mai îngrijorător, există indicii că unele screeninguri produc morbiditate (conştientizarea mortalităţii şi ipohondrie) – aşa încât de ce sunt promulgate? Un motiv poate fi că pentru guvernanţi este mai uşor să fie optimişti decât riguroşi.

De ce screening în medicina generală? Dacă este să se facă screening, atunci economic este ca acesta să fie făcut în medicina generală. În Marea Britanie ≥1 milion oameni consultă generaliştii în fiecare zi lucrătoare, asigurând un vast câmp pentru "depistarea de cazuri" (90% din pacienţi îşi consultă generalistul într-o perioadă de 5 ani). Dacă arhiva generalistului este bine pusă la punct, restului de 10% i se pot trimite invitaţii de a participa la sesiuni speciale de screening – de ex. la Clinica femeii sănătoase (p. 494). Clinicile private au o activitate limitată, de ex. în screeningul pentru cancerul de col, dar nu s-a dovedit că analizele lor biochimice multifazice sunt procedee eficace.

*Fac excepţie recoltarea de sânge din vena calcaneană la nou-născuţi şi screeningul pentru hipertensiunea severă.

Probleme ale screening-ului

Toate au afectat programele de screening din Marea Britanie, reducându-le beneficiile.

1. Cei cu risc maxim nu se prezintă pentru screening, mărind astfel intervalul dintre sănătoşi şi bolnavi: *legea asistenţei inverse.*

2. "Sănătoşii îngrijoraţi" supraîncarcă serviciile solicitând screening repetat.

3. Serviciile pentru a investiga pe cei cu rezultate pozitive nu sunt puse la punct.

4. Cei care sunt fals pozitivi sunt anxioşi în timp ce aşteaptă să fie investigaţi, şi rămân anxioşi cu privire la sănătatea lor în ciuda asigurărilor.

5. Un rezultat negativ poate fi privit ca o permisiune de a-ţi asuma riscuri.

6. Real pozitivii, deşi trataţi, se pot privi cu mai puţină încredere ca până atunci.

▶Nu uita: în cazul unor programe de screening de valoare dubioasă, *este poate mai bine să nu ştii rezultatul:* vezi MMC, p. 654).

---

1 The Times 9/6/88
2 H Stoate 1989 *J Roy Col Gen Prac* 39 193
3 T Marteau 1989 *BMJ* ii 527

Consultaţiile speciale (clinicile) de medicină generală

Următoarele mini-clinici pot fi conduse în medicina generală:

- Consultaţia femeii sănătoase / bărbatului sănătos
- Pacienţi vârstnici "neînregistraţi"
- Consultaţiile pentru renunţare la fumat (p. 516)
- Consultaţia antenatală
- Clinică de hipertensiune / diabet
- Clinică de sfat cetăţenesc[1]

Avantajele mini-clinicilor

- Uşor de respectat protocolul de tratament
- Listele de referinţă previn omisiunile
- Fişele de cooperare permit îngrijirea în echipă
- Diagrame de urmărire pentru identificarea tendinţelor
- Ajutorul unei asistente practiciene specializate

Dezavantaje

- Mai mult timp necesar
- Instruire suplimentară necesară
- Neholistică
- Inflexibilă
- Deseori nu îşi dovedeşte valoarea.

Probabil că înfiinţarea unei clinici este o metodă bună (nu şi singura) de a implementa avantajele de mai sus. Principalul dezavantaj este că medicii sunt tentaţi să trateze boala, şi să uite de pacientul suferind: "M-am săturat, doctore. Vreau să mă omor." "Da, bine, glicemia ta nu-i aşa de rea. Ai avut de curând vreo criză de hipoglicemie?"

Unele activităţi într-o clinică a femeii sănătoase

- Frotiu cervical şi examen al sânilor
- Mamografie (pentru cancer de sân)
- Sfaturi în perioada de preconcepţie
- Asistenţă antenatală şi postnatală
- Vaccinare antirubeolică
- Discuţii privind problemele menopauzei
- Sfaturi privind fumatul
- Sfaturi privind alcoolul
- Planning familial
- Cure de slăbire; greutate
- Tensiune arterială
- Vaccinare antitetanică

Clinica bărbatului sănătos. Paradoxal, clinicile femeii sănătoase sunt mai populare decât clinicile bărbatului sănătos, pentru că femeile trăiesc mai mult decât bărbaţii, şi în timpul perioadei fertile sunt pacienţi mai frecvenţi ai cabinetului (unde reprezintă candidate ideale pentru screening). Asistentele pot efectua toate activităţile din partea dreaptă a listei de mai sus – în clinicile femeii sănătoase cât şi ale bărbatului sănătos. Un studiu la o astfel de clinică a dat următoarele rezultate: ≥25% obezi; 14% cu TA diastolică susţinută ≥100mmHg; 60% necesitând vaccinare antitetanică şi 29% necesitând sfaturi privind fumatul. Vezi şi studiul OXCHECK, p. 502.

Mini-clinica de diabet. ▶*Educaţia este activitatea cea mai importantă.* Medicul şi pacienţii se educă reciproc. Avantaje faţă de clinicile spitaliceşti: pacientul vede acelaşi medic de fiecare dată; sunt posibile programări săptămânale (sau mai frecvente) în perioadele de control dificil; sfaturile prin telefon sunt uşor disponibile. Mini-clinicile sunt mai ieftine decât clinicile spitaliceşti. Chiar şi diabeticii insulino-dependenţi tineri pot fi trataţi integral în mini-clinică din momentul prezentării (cu programări suplimentare, la nevoie) (cu condiţia să nu existe o cetoacidoză francă) – fără să meargă vreodată la spital. Aderarea prea strictă la protocoale poate fi periculoasă (p. 496). Totuşi, testul vital este dilatarea pupilei pentru fundul de ochi (p. 548 şi p. 584). Celelalte domenii importante sunt dieta, controlul tensiunii arteriale, sfaturi privind fumatul şi monitorizarea permanentă a glicemiei.

Legătura cu serviciile comunitare de consultanţă este foarte eficientă în menţinerea pacienţilor, inclusiv a copiilor, în afara spitalului.[2]

---

[1] J Paris 1993 *BMJ* i 1518

[2] P Swift 1993 *BMJ* ii 96

Protocoale şi recomandări

▶Libertatea de a face nu numai activităţi impuse este esenţială pentru sănătatea mentală.

▶Ezitaţi să acceptaţi chiar şi cel mai atrăgător protocol înainte de a vă întreba cum vă va afecta atitudinea la patul bolnavului. Alte întrebări:

- A fost *evaluat* protocolul de cineva care nu este autorul lui?
- Care este *obiectivul* protocolului (reducerea costurilor, corectitudinea aplicării, sau ameliorarea asistenţei)?

Simpatia este o floare delicată care se ofileşte deseori până la sfârşitul consultaţiilor de dimineaţă; la fel şi armonia care face ca medicina clinică să funcţioneze cu un tors lin este greu de atins. Dacă noul protocol spune că trebuie să-i faci 10 lucruri d-nei James care, întâmplător, are diabet, amândoi puteţi deveni ireversibil de iritaţi pe la numărul 5: medicul este în criză de timp, iar pacienta în criză de bunăvoinţă. De fapt pe ea o îngrijorează demenţa incipientă a soţului ei, şi a încetat de mult să se mai gândească la propriile-i suferinţe. De fapt nu o deranjează să fie asaltată de becuri, pense, stick-uri şi ace, dacă acesta este preţul pe care trebuie să-l plătească pentru o bucăţică din simpatia doctorului. Dar dacă îşi dă seama că această simpatie s-a ofilit, cine ştie care vor fi sentimentele ei, şi cum îl va privi pe doctor?

Liniile directoare sunt prietenoase, flexibile şi lasă loc punctelor slabe în care ştiinţa clinică se întâlneşte cu realitatea la patul bolnavului; ele pot fi de asemenea individualizate şi interactive, dacă sunt instituite într-o înregistrare pe computer în timpul consultaţiei. Protocoalele, mai ales dacă provin de la o autoritate presupus superioară, au reputaţia de a fi stricte, sinistre, şi în ultimă instanţă instrumente oripilante de control al gândirii. Cât de bine se comportă aceste stereotipuri în practică? Este cunoscut că medicii care lucrează în medii strict disciplinate cu protocoale stricte au performanţe suboptime. Este de asemenea util să notăm că foarte puţine legi sunt flexibile: cele care sunt, sunt periculoase pentru că invită la abuz. (Toţi oamenii sunt egali, dar ...). Dar ceea ce pot face legile este să spună unde nu se aplică. Aceasta nu le transformă neapărat în simple linii directoare. S-ar putea spune, de exemplu, că pacienţii au dreptul să fie întrebaţi dacă vor să participe la un protocol, şi, dacă vor, atunci protocolul să fie executat corect. Dar dacă astăzi este ziua de naştere a copilului, şi el nu vrea deloc să fie înţepat la deget pentru o glicemie, dar este de acord cu toate celelalte aspecte ale protocolului? Dacă sunteţi flexibil, preţul poate fi cetoacidoza după petrecere. Aici rezidă paradoxul central al protocoalelor. Ele au scopul să elimine numeroasele inconsistenţe inevitabile din medicina clinică, şi totuşi se bazează pe flerul şi pe judecata fiecărui medic de a le aplica în cel mai bun mod.

Poate că cea mai bună atitudine este de a saluta protocoalele bune, şi de a pune la punct un fel de meta-protocol, la care să se răspundă oricând (sau aproape oricând) nu se aderă la un protocol. De ce nu aţi aderat la un protocol? Marcaţi căsuţa corespunzătoare. ☐ Propria mea comoditate. ☐ Dorinţa afirmată a pacientului. ☐ Dorinţa afirmată a pacientului după primirea de informaţii complete. ☐ Protocolul este contraindicat în acest caz pentru că aşa îmi spun flerul instinctiv şi judecata clinică.

În concluzie, fiecare protocol trebuie să fie însoţit de un comentariu asupra efectului probabil asupra simpatiei medicului, cât de des, în medie, ne putem aştepta la lipsa de aderenţă la un protocol; şi ce resurse şi timp vor fi necesare pentru a implementa protocolul şi meta-protocolul său însoţitor. Ar trebui să existe şi o explicaţie a fiecărui element din protocol, şi ce beneficiu este de aşteptat să aducă – nu unui pacient ideal, ci acelora probabil existenţi în populaţia căreia i se oferă protocolul. Dacă un protocol nu este însoţit de aceste măsuri de siguranţă, fiţi atenţi (dacă, bineînţeles, nu l-aţi inventat chiar dv. – propriile dv. protocoale au întotdeauna un statut special, fiind infailibile, ingenioase şi inofensive).

---

1 I Purves 1992 *BMJ* ii 1364　　2 T O'Dowd 1991 *BMJ* ii 450
3 S Shortell 1988 *NEJM* 318 1100　　4 A Nicoll 1986 *Lancet* i 606 3
Vezi de asemenea *Clinical Guidelines* RCGP Occasional Paper 58 (1992) and Clinical Resource Audit Group 1993 *Clinical Guidelines*, Scottish Office

Efectul placebo

Efectele placebo sunt foarte puternice şi importante nu numai în cercetare, dar şi pentru a ne demonstra că atitudinea noastră poate fi la fel de importantă ca şi medicamentele pe care le dăm. Se spune deseori că dacă în două secţii de obstetrică (de exemplu) lucrurile se întâmplă diferit (de ex. pentru sau contra rupturii artificiale a membranelor) şi dacă una din secţii este validată de cercetare, atunci cealaltă procedează greşit. Acest lucru nu este neapărat necesar – nu numai pentru că populaţia deservită de unitatea "rătăcită" ar putea fi diferită. Secţia "cu atitudine greşită" poate avea impresia că este un centru de excelenţă, iar personalul poate rupe membranele cu bucurie în suflet, ştiind că îşi îndeplineşte destinul de cea mai bună secţie de obstetrică. Acest sentiment poate fi comunicat mamelor în travaliu, care, datorită unei interacţiuni între comunicare, credinţe, cunoaştere şi contractilitate, nasc cu puţine complicaţii – în asemenea măsură încât, dacă secţia ar trece la metoda corectă, rezultatele ar reflecta ca în oglindă scăderea încrederii în sine. (Aceasta este o cauză importantă a eşecului protocoalelor impuse care arată bine pe hârtie, vezi p. 496). Cercetarea în acest domeniu este foarte dificilă, pentru că nu se poate controla cu uşurinţă "bucuria în suflet" – dar ea poate fi analizată, cu grijă, în mod sistematic: într-un studiu placebo-controlat asupra unor antihipertensive, partenerii medicului entuziast au încălcat codul; şi i-au spus că tratamentul experimental pare similar celor existente, fără să-i spună cine primeşte medicamentul activ, şi cine primeşte placebo. ▶Din acest moment, a apărut o creştere imediată şi importantă a TA în ambele grupe, deşi diferenţa între medicament şi placebo a fost menţinută. Ceea ce credem şi cum ne comportăm are cu adevărat importanţă uneori mai mult decât medicamentele pe care le folosim.

Mecanismul efectului placebo este disputat. Nu este cazul existenţei unei personalităţi "placebo-responsive". Reducerea anxietăţii este importantă, iar endorfinele pot avea un rol.

Din cele de mai sus nu trebuie să se înţeleagă că trebuie să dăm placebo tuturor pacienţilor, şi să fim entuziaşti în privinţa efectelor lor. Această carte se bazează în mare măsură pe preceptul onestităţii şi sincerităţii faţă de pacienţi. Cu toate acestea, deseori poate fi neînţelept să împărtăşim pacienţilor prea mult din indoielile noastre aşa cum a demonstrat generalistul care şi-a împărţit randomizat consultaţiile pentru cei cu maladii aparent minore, în "consultaţii pozitive" şi "consultaţii negative". Pacienţilor din primul grup li s-a dat un diagnostic şi li s-a spus că se vor face bine în câteva zile, iar celorlalţi li s-a spus că nu se ştie despre ce e vorba. Numai 1/3 din pacienţii consultaţi "negativ" s-au vindecat în 2 săptămâni, faţă de peste 2/3 din grupul "pozitiv".

Efecte nocebo. Farmaciştii au obiceiul să-şi doteze clienţii cu liste lungi de efecte secundare ale medicamentelor, care, ca un blestem Voodoo, pot deveni profeţii care se împlinesc de la sine. Când unul dintre autori (JML) administrează i.v. morfină unui pacient cu infarct miocardic, el spune cu voce tare: “Durerea dumitale va înceta acum” (amplifică la maxim efectul placebo) şi, cu o voce foarte joasă, soţiei/soţului: “Aduceţi un vas, poate o să verse – pentru a evita efectul advers “nocebo”. Avem tendinţa să nu vorbim pacienţilor despre efecte secundare ca impotenţa, justificând această lipsă de onestitate prin motivul că, într-o astfel de zonă sensibilă, simpla menţionare a impotenţei o va instala. Punctul central al acestei dezbateri este cât de paternalişti trebuie să fim. Noi nu cunoaştem răspunsul, dar recomandăm pur şi simplu cunoaşterea cât mai bine a fiecărui pacient, şi o abordare flexibilă: astfel vom putea, din când în când, să atingem un echilibru corect.

---

1 JA Turner 1994 *JAMA* 271 1609-13 Vezi de asemenea VM Oh 1994 *BMJ* ii 69

Probleme etnice

Cum să evităm ofensarea manierelor orientale. • Evitaţi contactul vizual prelungit şi vocea ridicată – care pot arăta o lipsă de respect.

• Controlaţi-vă gesticulaţia (semnul cu policele în sus, de exemplu, poate fi considerat foarte grosolan).

• Nu vă aşteptaţi ca un afro-asiatic să răspundă la întrebări intime, fără să-i explicaţi mai întâi despre confidenţialitate.

• O trimitere la psihiatru poate distruge posibilitatea căsătoriei.

Numele hinduse. • Prenumele sunt deseori masculine şi feminine, dar al doilea nume arată întotdeauna sexul. • Prenumele (de ex. Lalita) şi al doilea nume (de ex. Devi) sunt deseori scrise împreună (Lalitadevi). • Când i se cere să-şi spună numele, un hindus îşi dă în general numai primele două nume, fără să-şi spună numele de familie, din politeţe. Acest lucru poate crea mari confuzii secretarelor la duplicarea reţetelor.

Numele sikh. Puţini sikh au nume de familie. Singh şi Kaur indică doar sexul şi religia, aşa încât pe reţete este necesară o identificare suplimentară (folosiţi şi numele tatălui sau al soţului).

Numele musulmane. Uneori ultimul nume nu este numele de familie, iar primul nume nu este numele personal. Este posibil să nu existe un nume de familie comun. Primul nume este deseori religios (de ex. Mohammed). Al doilea nume feminin este deseori Banu, Begum, Bi, Bibi sau Sultana. Acestea sunt la fel de utile în identificare ca şi titlul de MS în numele englezeşti, dar, fiind date ca al doilea nume, sunt deseori folosite pentru înregistrare (astfel încât, pentru identificare suplimentară, trebuie înregistraţi şi alţi membri ai familiei).

Fenomene clinice. Diagramele centile fac ca bebeluşii normali chinezi, bangladeshi şi sud-indieni să pară mici (sub a 3-a centilă).

• Adenopatia cervicală sau inghinală bilaterală poate fi normală la copiii asiatici şi africani (sau poate indica TBC).

• Bolile genetice pot fi frecvente, de ex. glucozo-6-fosfat-dehidrogenaza (recesiv sex linkată), anemia falciformă la africani şi la cei din Indiile de Vest; hemoglobina E la chinezi.

• Neoplazii neobişnuite (a esofagului la japonezi, a limbii de la mestecatul nucilor de betel).

• Vaca este sacră pentru hinduşi – deci nu oferiţi insulină bovină (sau insulină porcină evreilor sau islamicilor).

• Unii asiatici pot considera pojarul un blestem al zeiţei Mata şi vor opta pentru o jertfă la templu în locul unei vizite la doctor.

• Unii musulmani evită orice fel de alcool (deci nu oferiţi tonice).

• Luarea medicamentelor cu regularitate poate fi dificilă pentru musulmani în timpul Ramadanului.

Educaţia sanitară

Mesajul. Pentru a fi eficient, mesajul trebuie să fie specific şi direct. De ex., în a face oamenii să solicite ajutor pentru problemele cu băutura, este prea puţin util să spuneţi "Dacă nu renunţaţi la băutură veţi face următoarele boli ..." (numai aprox. 25% răspund); puteţi spune "Dacă semnaţi o să vă fie bine pentru că veţi avea următoarele beneficii ..." (aprox. 50% răspund); dacă spuneţi "Dacă nu semnaţi, v-aţi ars ..." veţi obţine cele mai multe răspunsuri. O anumită cantitate de "teamă" într-un mesaj nu e rea: în înscrierea pacienţilor la o vaccinare antitetanică, un mesaj cu "nivel scăzut de teamă" obţine un răspuns de 30%, iar un mesaj cu un "nivel mai ridicat de teamă" obţine un răspuns de 60%. Pentru a fi optim, mesajul trebuie să fie foarte specific în privinţa datelor, orelor şi locului vaccinării. Un nivel de teamă prea ridicat este contraproductiv. Un film despre cele mai grave efecte ale cariei dentare produce o imobilitate pietrificată, nu auto-ajutor sau vizite la dentist.

Mesagerul. Persoane de acelaşi nivel pot fi mai utile decât figuri ale autorităţii (de ex. în mesajele de renunţare la fumat). Un mesaj despre alăptatul la sân este cel mai bine venit de la o mamă. Totuşi, dacă problemele nu sunt bine înţelese, autoritatea poate fi utilă (*BMJ* este mai eficient decât *Woman's Own* în a sugera mamelor că o nouă formulă de aspirină nu este indicată).

Modificarea atitudinilor. Este necesară dacă prin educaţie se doreşte modificarea comportamentului: Cunoştinţe → Atitudini → Intenţii → Comportament. Aşa cum gânditorii chinezi ştiau prea bine, modificările majore în atitudini depind de un nivel înalt de implicare emoţională. Notă: săgeţile nu au întotdeauna direcţia de mai sus. Dacă comportamentul cuiva nu corespunde cu ideile acestuia (disonanţă cognitivă) se modifică de obicei ideile şi nu comportamentul. (▶A se diferenţia îndoctrinarea şi spălarea creierului de educaţie.)

Ofiţerul de educaţie sanitară (autoritatea sanitară). Aceştia au de obicei o instrucţie de asistenţi sau sanitari. Pot avea o diplomă post-universitară în educaţie sanitară. Sunt aprox. 300 în Anglia şi Wales. Pot forma o echipă, împreună cu un tehnician, un artist grafic şi un cleric. Rolurile sale constau în a furniza informaţii şi broşuri ale Autorităţii de Educaţie Sanitară (Health Education Authority). Fac de asemenea legătura cu asistenţii sanitari şi ofiţerul medical districtual, şi se angajează în planning şi cercetare.

Exemple de educaţie sanitară la locul de muncă. • Educaţie privind "sexul sigur" şi prevenirea SIDA. • Broşurile şi programele video/audio pot creşte (cu puţin) cunoştinţele privind auto-examinarea sânilor (care se asociază cu tumori mai mici şi mai puţin extinse la pacientele cu cancer de sân).

Promovarea sănătăţii de către asistente. Asistentele sunt experte în acest domeniu[1] – dar nici chiar ele nu sunt prea eficiente în reducerea riscului coronarian. În trialul randomizat cu bază comunitară OXCHECK (N = 6 124, vârste 35-64 ani), colesterolemia a scăzut cu numai 0,08–0,2 mmol/l – şi nu au existat diferenţe semnificative în ratele de renunţare la fumat sau în indexul masei corporale. TA sistolică (şi diastolică) a scăzut cu aprox. 2,5% în grupul de intervenţie care a primit consultanţă dietetică şi cu privire la stilul de viaţă. Promovarea globală a sănătăţii poate să nu fie o risipă totală de resurse, dar este cu siguranţă costisitoare pentru beneficii destul de limitate. Rezultate ceva mai optimiste au fost obţinute de *Family Heart Study Group*.[3] Se poate concluziona că este cel mai bine să se cheltuiască energia pe cei cu riscul cel mai mare, depistaţi în consultaţii de rutină prin câteva "întrebări simple" despre fumat, antecedente familiale etc. O problemă este că aceste întrebări nu sunt întotdeauna inofensive. Nu este neapărat un lucru bun să întrebi despre "infarct şi accidente vasculare în familie" pe un pacient care vine, de ex., cu o cefalee.

1 JL Curzio 1990 J *Hum Hyperten* 4 665 2 OXCHECK 1994 *BMJ* i 308
3 1994 *BMJ* i 313

Grupe de pacienţi

Grupele mama-şi-copilul. Acestea se formează cel mai bine în primele săptămâni după naşterea a 4-5 copii. Asistentul sanitar încurajează formarea grupului. Un medic poate asista grupul la început cu regularitate, apoi mai rar pe măsură ce grupul devine auto-suficient. După un an sau doi, într-o comunitate mare va funcţiona un mare număr de grupe. Un scop este de a amplifica motivaţia (prin discuţii) de a apela la educaţia sanitară şi la medicina preventivă. Un alt scop este de a uşura stresul de a deveni un părinte responsabil prin asigurarea unei reţele de sprijin social. O mamă care constată pentru prima oară capacitatea de a urî, de a distruge şi de a răni a minunatului ei copil, poate fi uşurată să afle că şi alţi bebeluşi sunt la fel.

Grupe de participare a pacienţilor. ▶Lucrul *cu* pacienţii este la fel de important ca şi lucrul *pentru* ei. Echipa de asistenţă sanitară se poate întâlni cu reprezentanţii pacienţilor pentru a discuta unele dintre următoarele:[1]

- Rezolvarea unor plângeri (de pe poziţii mai puţin adverse decât cu metodele formale).
- Armonizarea ţelurilor "consumatorului" şi ale "furnizorului de servicii" sanitare.
- Feedback în ajutorul planificării, implementării şi evaluării serviciilor.
- Identificarea unor nevoi nesatisfăcute (de ex. printre vârstnicii izolaţi).
- Ameliorarea legăturilor între practica medicală şi alte tipuri de asistenţă.
- Promovarea sănătăţii în lumina credinţelor locale (p. 476).
- Exercitarea de presiuni asupra autorităţilor sanitare privind serviciile inadecvate.

Din cauza lipsei de interes, sau lipsei unui conducător sau a unor îndatoriri clare, aproape 25% din grupe s-au închis. Dezavantajul că mecanismele de participare conduc la formalism (adică idealul democratic a fost pus în practică, dar ceea ce s-a creat este doar o platformă pentru validarea unui *status quo)* pare să nu fie real atunci când o grupă de pacienţi are putere asupra fondurilor pe care le-a strâns. În acest caz, experienţa noastră arată că analiza poate fi penetrantă iar deciziile sunt rapide, într-un mod care face să pară înapoiate chiar şi cele mai bine conduse autorităţi sanitare.

Asociaţia pacienţilor. Acest grup reprezintă şi promovează interesele pacienţilor prin acordarea de asistenţă, consultanţă şi informaţii. Are ca scop promovarea înţelegerii dintre pacienţi şi lumea medicală. Publicaţii: Patient Voice şi o listă a organizaţiilor de auto-ajutor. Vezi şi indexul Contact-a-Family.[2]

Organizaţii de auto-ajutor. În toată lumea au fost instituite multe mii de astfel de grupuri pentru suferinzii de o anumită boală, frecventă sau rară. Ele oferă informaţii, companie, alinare şi o linie de legătură pentru pacienţi şi familiile lor. Ei pot împărtăşi tehnici şi remedii dar un pericol este faptul că împărtăşesc şi coşmarele, de exemplu, descrieri amănunţite nenecesare ale copiilor care mor de fibroză chistică pot fi răspândite şi pot cauza suferinţe nedorite. Ele strâng fonduri pentru cercetare, asigurând o “alternativă binevenită la serviciile costisitoare ale unor profesionişti plătiţi”. Există liste complete.[3] [4]

Consiliile sanitare comunitare. Sunt monitoare independente ale serviciilor sanitare. Un membru poate însoţi un pacient la audierile comitetelor serviciilor FHSA privind plângerile împotriva medicilor.

---

1 HD Chase 1993 *Br J Gen Prac* **43** 341 2 A Brownela 1987 *Soc Sci Med* **25** 605 3 CaF Directory 1991 (tel 0171 222 3969) ISSN 0964 0703 4 Room 33, 18 Charing Cross Road, London WC2H OHR (tel UK 0171 240 0671)

Decesul la domiciliu

Rata deceselor în Marea Britanie este aprox. 12/1000/an, sau aprox. 30 decese medic generalist/an. 65% mor în spital, 10% mor în azile, locuri publice, sau pe stradă, şi 25% mor acasă. Din aceste decese acasă, jumătate sunt subite. În restul cazurilor, medicul generalist are un rol central în a ajuta pacientul să moară în mod demn, în felul pe care el sau ea îl doreşte. Alinarea durerii şi controlul simptomelor sunt preocupările centrale privind decesul în azile, unde moartea a fost deja întrucâtva medicalizată, dar cei care aleg să moară acasă au deseori în ei o vână de independenţă feroce, aşa încât principalul lor ţel este să continue activităţile vieţii normale – fie ce-o fi. Acest lucru poate cauza suferinţe rudelor, care cred că persoana pe moarte suportă o durere nenecesară. O discuţie deschisă este deseori utilă pentru armonizarea ideilor familiei. Un pas important este de a afla ce doreşte pacientul, şi apoi de a-l ajuta să îndeplinească aceasta, ştiind că ţelurile lui se pot schimba în timp. Următorul pas este de a afla care sunt speranţele şi temerile lui şi cum interacţionează ele cu cele ale familiei.

Durerea. ▶Vezi MMC, p. 766 Diagnosticaţi fiecare durere. Durerea osoasă necesită opiacee, ± AINS, de ex. naproxen 250 mg/8 h po pc sau prednisolon 5 mg/8 h PO; durerea de constipaţie răspunde la laxative sau clisme. Documentaţi răspunsul la tratament al fiecărei dureri. Morfina (orală) se dă de ex. la fiecare 4 h. Exemple de concentraţii (15 ml): 10 mg, 30 mg, 100 mg. Odată cunoscută doza zilnică de control al durerii, luaţi în considerare administrarea aceleiaşi doze în 24 h sub formă de tablete cu eliberare lentă la 12 h (de ex. MST® 5, 10, 15, 30, 60, 100 sau 200 mg). Se ia prima tabletă MST la 4 h după ultima doză de morfină în soluţie. (Doza de atac de MST la copii: 200-800 µg/kg/12 h PO) Dacă durerea persistă, se suplimentează cu morfină în soluţie, şi se creşte MST la doza următoare (nu se administrează de mai mult de 2 ori pe zi pentru a evita confuzia farmacodinamică). Dacă pacientul nu poate înghiţi, utilizaţi diamorfină s.c. , la 1/2 din doza orală zilnică de morfină, administrată de ex. fracţionată în injecţii la 4 h sau cu ajutorul unei pompe. Vor fi necesare laxative şi antiemetice.

AJUTOR de la: • Familie • Asistente de noapte • Prieteni/vecini • Clinica durerii • Asistenta comunitară[1] • Medic/vizitator sanitar • Azil

Doliu. ▶*"Există în această lume în care totul se consumă, totul piere, un lucru care se transformă în ţărână, care se distruge pe sine încă mai complet, lăsând în urmă încă mai puţine amintiri ca Frumuseţea: anume Suferinţa".*[2]

Procesul normal al suferinţei: Apatie → negare → dor → depresie → vinovăţie şi agresiune → reintegrare. Acest proces poate dura ani. Procesul poate deveni patologic dacă precipită apariţia unei depresii majore (p. 391). Un exemplu al unei astfel de reacţii este descris pe larg în p. 448 - 450. Deseori este tentant pentru medic să încerce să "facă ceva" prescriind psihotrope, dar se ştie că majoritatea persoanelor îndoliate nu o doresc, şi nu s-a demonstrat că medicamentele reduc problemele ulterioare. Înţelegerea şi ajutarea pacientului să verse lacrimi reprezintă probabil cea mai valoroasă abordare. Este utilă şi consultanţa după doliu.[3]

După doliu riscul de deces al soţului este crescut în primele 6 luni (bărbaţi) sau în al doilea an (la femei). Bărbaţii şi îndoliaţii tineri au riscul cel mai mare.[4] Nu se ştie dacă aceasta se datorează unui mediu nefavorabil comun sau unor cauze psihologice (de ex. mediate imun). Principalele cauze de deces sunt vasculare, cancer, accidente şi sinucidere.

Activităţi de evitat[5]

- Tactica de distanţare: "Oricine e supărat când primeşte veşti proaste, dar vă veţi obişnui curând".
- Falsa asigurare: "Sunt sigur că vă veţi simţi mai bine; avem antiemetice foarte bune în ziua de azi".
- Atenţia selectivă: "Ce-o să se întâmple cu mine? Încep să cred că de data asta nu mă mai fac bine. Durerea din şold e din ce în ce mai rea". Doctorul: "Spuneţi-mi mai multe despre şoldul dv.".

A da veşti proaste

Există cel puţin 6 activităţi centrale în darea de veşti proaste.[6]

1. Alegerea unui loc liniştit unde nu veţi fi deranjat.

2. Aflarea a ceea ce pacientul ştie deja sau presupune.

3. Aflarea a cât de multe doreşte persoana să ştie. Puteţi fi surprinzător de direct în această privinţă. "Sunteţi genul de om care, dacă ar fi ceva în neregulă, aţi dori să ştiţi toate amănuntele?"

4. Împărtăşirea de informaţii privind diagnosticul, tratamente, prognostic, şi furnizarea unei liste specifice de persoane (de ex. asistente) şi instituţii (de ex. azile) de sprijin. Încercaţi să întrebaţi: "Mai există şi altceva ce aţi dori să vă explic?"

5. Arătaţi compasiune şi recunoaşteţi sentimentele pacientului.

6. Planning şi urmărire. Cel mai important lucru aici este ca pacientul să rămână cu puternica impresie că, fie ce-o fi, sunteţi alături de el sau ea, şi că acest contact nescris nu va fi încălcat.

[1] CRUSE (Help for widowed), 126 Sheen Rd, Richmond, Surrey, tel 0181 940 4818 for the list of local helpers [2] M Proust 1925 *Albertine Disparue*
[3] C Parkes 1986 *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life*, Penguin
[4] B McAvoy 1986, *BMJ* ii 835
[5] P Maguire 1985 *BMJ* ii 1711
[6] R Buckman 1992 *How to Break a Bad News*, PaperMac ISBN 0-333 54564-7

Medicamente pentru pacientul incurabil
(numai doze pentru adulţi)

1. Irigaţii cu hidroxid de aluminiu în *hemoragia vezicală masivă.*

2. Amitriptilină 25-50 mg PO noaptea în *durerea de distrucţie nervoasă.*

3. Betadine® gel vaginal în *secreţii vaginale sau rectale* fetide.

4. Bisacodyl tablete (5 mg) 1-2 noaptea în *constipaţia indusă de opiacee.*

5. Buprenorphine sublingual 0,2-0,4 mg/8 h – în durerea însoţită de *disfagie sau vomă.* Nu este agonist pur. Efectele de "plafon" nu permit creşterea dozei, ca pentru de ex. oxycodon (vezi mai jos).

6. Colestiramină 4 g/6 h PO (la 1 h după alte medicamente): *prurit* în icter.

7. Cyclizină 50-100 mg/4-8 h PO, pr, i.m./s.c. este utilă în *vomă.*

8. Diamorfină PO: 2 mg 3 mg morfină; s.c.: 1 mg diamorfină ≈1,5 mg morfină. Este disponibilă morfină cu eliberare lentă, de ex. MST-30® (3) mg/12 h PO). Se administrează diamorfină i.v. în *hemoptizia masivă.*

9. Clismele, de ex. cu ulei de arahide, pot ameliora *constipaţia rezistentă.*

10. Antagoniştii H_2 (de ex. cimetidină 400 mg/12 h PO) ameliorează iritaţia gastrică – de ex. asociată cu carcinomul gastric.

11. Haloperidol (p.420) 5-10 mg PO ameliorează *agitaţia, halucinaţiile, coşmarele* şi *voma.*

12. Apa oxigenată 6% curăţă o *limbă încărcată* ce dă senzaţii neplăcute.

13. Hyoscina hidrobromid 0,4-0,8 mg s.c./8 h sau 0,3 mg sublingual: *vomă* datorată unei ocluzii în tractul digestiv superior sau *raluri bronşice* zgomotoase.

14. Blocantele nervoase în nervii intercostali pot ameliora pe durate lungi *durerea pleurală.*

15. Regimuri sărace în fibre pot fi necesare în diareea *post-radioterapie.*

16. Metronidazol 400 mg/8 h PO diminuează *halenele* tumorale anaerobe; la fel şi pansamentele cu cărbune activ (Actisorb®). Încercarea de a le masca prin aerosoli generează deseori mirosuri mixte la fel de neplăcute.

17. Blocantele nervoase sunt utile în *durerea rezistentă.*

18. Naproxen 250 mg/8 h p.c.: *febre* neoplazice sau dureri osoase cauzate de metastaze (ia în considerare artrodeza dacă acesta nu are efect).

19. Metoclopramid 10 mg/8 h PO sau SC: stază gastrică şi vomă (dacă nu are efecte, încercaţi domperidonă 60 mg/8 h rectal).

20. Bucăţile de ananas eliberează enzime proteolitice dacă sunt mestecate, îi sunt utile de ex. pentru o *limbă încărcată* (suptul unei bucăţi de gheaţă sau unt o ameliorează de asemenea).

Medicamente pentru pacientul incurabil

21. Spironolactonă 100 mg/12 h PO + bumetanid 1 mg/24 h PO poate ameliora simptomele neplăcute de *distensie* ce însoţeşte *ascita.*

22. Corticoizii: foarte utilă este dexametazona: administrează 8 mg IV stat pentru a ameliora simptomele *obstrucţiei venei cave superioare* sau *obstrucţiei bronşice sau limfangitei carcinomatoase.* Tabletele au 2 mg (aprox. 15 mg prednisolon). 4 mg/12-24 h PO pot *stimula apetitul,* sau ameliora *cefaleea* de hipertensiune intracraniană, sau induce (la unii pacienţi) o senzaţie plăcută de euforie.

23. Supozitoarele sunt utilizate atunci când *disfagia/voma* fac inutile medicamentele orale. Pentru *durere* încercaţi supozitoare cu oxycodon 30 mg (de ex. 30 mg/8 h, aprox. 30 mg morfină). Pentru *vomă* încercaţi supozitoare cu proclorperazină 25 mg (de ex. 25 mg/12 h). Pentru *agitaţie* încercaţi supozitoare cu diazepam 10 mg (de ex. 10 mg/8 h).

24. Ventilatoarele de masă ± suplimentarea de oxigen umidificat ameliorează *dispneea* hipoxică.

25. Clorpromazina ameliorează foamea de aer (de ex. 12,5 mg i.v., supozitor de 25 mg).[1]

26. Toracocenteză (± pleurodeză cu bleomicină) în revărsatele pleurale.

▶Faceţi o listă cu toate simptomele pacientului. Diagnosticaţi-le pe fiecare în parte.

▶Faceţi un plan pentru ameliorarea fiecărui simptom. Evaluaţi frecvent ameliorarea.

De exemplu, pacientul poate avea constipaţie indusă de medicamente, limba încărcată din cauza unui efort lichidian scăzut şi 3 tipuri de durere – de ex. datorate unui carcinom invaziv, metastazelor osoase şi distensiei abdominale prin ascită.

---

[1] D Walsh 1993 *Lancet* ii 450

Bazele de date şi computerele

▶Sunt importante grija şi interesul arătate de medic pentru înregistrări, şi nu detaliile unui anumit sistem utilizat.

Înregistrări orientate către probleme. *Baza de date:* aceasta cuprinde antecedentele medicale, ocupaţia, starea civilă şi adresa.

Lista de probleme: de ex. "soţ violent" sau "dispnee neexplicată" (nu "bronşită"?). Problemele sunt grupate ca active sau inactive. *Interpretarea subiectivă:* cum vede pacientul problemele. *Obiectivă:* Examenul fizic şi rezultatele explorărilor la patul bolnavului.

Evaluare: Interpretare socială, psihologică şi fizică.

Plan de conduită: Informaţii: de ex. "Se vor efectua următoarele teste..." sau "Atitudine expectativă"; tratament: de ex. "Se începe psihoterapia" sau "Se întrerupe digoxinul"; şi explicaţii: notă asupra ce i s-a spus pacientului.

Sistem de înregistrare Aldeburgh. Acesta utilizează 6 fişe special tipărite:

1. O fişă de informaţii medicale (utilizaţi verso-ul pentru vaccinări).

2. O fişă de antecedente familiale şi personale, de ex. cu un arbore genealogic.

3 şi **4.** Fişă de tratament medicamentos şi de prescripţii repetate.

5. Fişă cu utilizări multiple (glicemii sau valori TA seriate).

6. Bază de date furnizată de un chestionar completat de pacient.

Sistemul French Weir. Acesta utilizează fişe FHSA (gratuite pentru toţi generaliştii britanici):

FP5: Este înregistrarea vaccinărilor.

FP9A: Fişă de sumar antecedente (roz pentru bărbaţi). Utilizaţi pentru ambele sexe.

FP9B: Fişa de sumar antecedente (albastră pentru femei) este utilizată ca fişă de medicamente. Acestea se pun în faţa unor file de urmărire (FP7) care sunt menţinute în ordine cronologică cu ajutorul unei etichete. Pe verso-urile fişelor pot fi înscrise alte date semnificative. O a doua etichetă menţine în ordine scrisorile spitalelor.

Computere. Reprezintă inovaţia majoră în medicina generală în ultimul deceniu. Motivaţia acestei investiţii uriaşe ca bani şi timp este dublă: computerele uşurează îndeplinirea cerinţelor serviciilor sanitare (vizite la domiciliul vârstnicilor; scopuri preventive). Al doilea motiv, mai important, este că un computer extinde creierul, şi permite aflarea unui răspuns rapid şi corect la întrebări interesante. Vastele baze de date ale medicilor generalişti (>8 milioane pacienţi - ani) permit rezolvarea în detaliu a unor probleme epidemiologice.

Alte utilizări:

- Înregistrări computerizate pe vârstă/sex şi boli (p. 512).
- Comunicarea cu laboratoarele şi spitalele (codurile Read, p. 482).

- Scrisori personalizate pentru a invita pacienţii la screening.
- Audit: de ex. înregistrarea computerizată a valorilor TA şi vaccinărilor întregii populaţii.
- Diete personalizate, care ţin cont de gusturile şi buzunarul pacienţilor.
- Evaluarea statutului de beneficiar al ajutorului social.
- Menţinerea în actualitate, şi sprijin în decizii. Exemple de astfel de sisteme sunt *"Personalized Medical Record"* şi *"Mentor"*,[1] [2] dintre care ultimul utilizează textul acestei cărţi, *"Oxford Handbook of Clinical Medicine"* şi *"Oxford Handbook of Clinical Rarities"*. Această bază de date este actualizată la fiecare 2 săptămâni prin modem.[1] Sunt disponibile şi actualizări prin fax.[3] *Mentor* conţine peste 40 000 fapte legate de fişa medicală a pacientului care pot explica semne, simptome şi rezultate obscure, aparent fără legătură între ele. De exemplu, durerea toracică, depresia VCM crescut şi melena sunt explicate prin alcoolism, asociat cu traumatisme (fracturi costale) sau cardiomiopatie.

---

[1] "Mentor" from EMIS (UK tel 01132 591122), Park House Mews, 77 Back Lane, Off Broadway, Horsforth, Leeds, LS18 4RF (UK) [2] CG Westerman 1993 *BMJ* ii 679 [3] Detalii de la JML, 22 Ferring St, Ferring, W Sussex, BN12 5QT

Audit – două şcoli de gândire

Termenul de audit are diverse semnificaţii. Pentru FHSAs reprezintă controlul îndeplinirii contractului nostru de prestatori de servicii, şi linii directoare asupra utilizării eficiente a resurselor, prin intermediul grupului de audit financiar din ce în ce mai puternic, şi prin intermediul lui Medical Audit Advisory Group (Grupul Consultativ de Audit Medical). Aici auditul nu este legat de educaţie, şi are numai o legătură artificială cu calitatea. Din punct de vedere academic şi profesional, audit înseamnă controlul calităţii prin numărători şi măsurători – şi, combinat cu sistemul peer review (p. 514), este baza educaţiei medicale permanente. Auditul fuzionează deseori cu cercetarea,[1] dar de obicei se referă mai mult la scopuri şi la modificarea comportamentului, pe când cercetarea se ocupă cu descoperirea unor noi fapte, teorii sau relaţii. Auditul înseamnă punerea unor întrebări ca: "Avem scopuri comune în practica medicală?", "Îndeplinim aceste scopuri?" şi "Ce putem face ca să ne îmbunătăţim performanţele?" Procesul de audit poate fi împărţit în 6 stadii. Acestea sunt ilustrate mai jos, utilizând exemplul unui cabinet care doreşte să ştie dacă este necesar un sistem mai formal de înregistrare decât metodele sale improvizate de sumarizare a notelor. Observaţi că auditul este similar cercetării în privinţa metodelor, dar, pe când cercetarea se întreabă ce ar trebui făcut, auditul întreabă "Facem ceea ce ar trebui făcut?"

1. Scopul. Scopul ar putea fi de a avea la îndemână rapid şi într-o formă accesibilă toate informaţiile importante despre un pacient.

2. Stabilirea standardelor. Cabinetul poate decide că fişele trebuie să fie în ordine cronologică, fişele voluminoase trebuie să aibă şi o fişă-sumar, iar pacienţii în tratament cronic trebuie să aibă o fişă de tratament.

3. Definirea metodelor. Managerul cabinetului va selecta un eşantion randomizat de fişe pentru analiza "controlului calităţii".

4. Analiza datelor. Managerul cabinetului poate înregistra ce proporţie din fişe este în ordine cronologică, şi dacă sunt utilizate fişe-sumar.

5. Planificarea şi implementarea schimbării. Schimbarea poate să nu fie necesară dacă toate fişele analizate sunt conforme standardului. Dacă nu, trebuie pusă la punct o metodă pentru a realiza acest lucru. De exemplu, personalul cabinetului poate pune notele în ordine cronologică, şi fiecare doctor îşi poate propune să sumarizeze un anumit număr pe zi.

6. Evaluarea schimbării. Au funcţionat planurile? După un interval de timp specificat, se analizează un alt eşantion randomizat.

Acest ultim element este foarte important, pentru că ne împiedică să ne facem iluzii că strategiile noastre prezente sunt în mod necesar eficiente.

Aşa cum s-a demonstrat mai înainte, exerciţiile de audit ale altora sunt foarte plicticoase. Numai când un cabinet se angajează în propriul audit se trezeşte interesul, iar observarea dezvoltării propriului cabinet printr-o serie de astfel de audit-uri dă multe satisfacţii. Odată ce populaţia deservită de cabinet a fost împărţită pe sex şi vârstă (registrul vârstă-sex, sau listă computerizată) şi este pusă la punct o listă de pacienţi cu anumite diagnostice (cunoscută sub numele de cartea E după inventatorul ei, dr. T. Eimerl), se pot face audituri privind multe aspecte ale practicii medicale, şi se poate răspunde la întrebări ca: "Este asistenţa diabeticilor adecvată?"; "Ar fi eficientă o mini-clinică?"; "Suntem siguri că toate pacientele noastre fertile sunt imune la rubeolă?"; "Este eficient grupul nostru de participare a pacienţilor?"; "Notaţi că managerul cabinetului are un rol central în efectuarea unui exerciţiu de audit. El sau ea are capacitatea de a uşura medicul de povara colectării datelor, şi poate comunica rezultatele audit-ului în raportul anual al cabinetului, împreună cu audit-uri mai puţin formale privind rata consultaţiilor, rata vizitelor la domiciliu, rata trimiterilor la spitale şi orice altă activitate a cabinetului.

[1] IK Crombie 1993 *Audit Handbook*, *Wiley*, ISBN 0-471-93766-5

Sistemul Peer Review

Medicii generalişti cer altor medici generalişti să-i plaseze undeva între 2 concepţii opuse privind:[1]

1. Valorile profesionale

- Pune în echilibru confortul său şi cel al pacienţilor, gândindu-se la interesele globale ale comunităţii.
- Îşi pune propriul confort deasupra confortului pacienţilor, fără să se gândească la responsabilităţi mai vaste.
- Crede în importanţa unei asistenţe permanente, şi încearcă să fie cât mai înţelegător şi apropiat.
- Nu crede că acest lucru contează. Delegă prea mult. Interesele clinice sunt dominate de hobby-uri.
- Îşi supune munca autocriticii şi criticii colegiale. Îi place să fie generalist şi acceptă obligaţia de a-şi menţine propria sănătate.
- Se complace în privinţa muncii sale şi nu o analizează niciodată. A devenit defetist, sau se solicită prea mult.

2. Accesibilitate

- Îl poţi vedea rapid la nevoie.
- Nu-l poţi vedea rapid.
- Nu-şi ţine pacienţii şi personalul să aştepte dacă nu este nevoie.
- Întârzie regulat la întâlniri.

3. Competenţă clinică

- Ia în mod constant anamneze revelatorii, şi pare să asculte ce îi spune pacientul.
- Nu ia anamneze şi pare să nu asculte ce îi spune pacientul.
- Utilizează adecvat medicamentele.
- Prescripţiile sale nu sunt adecvate.

4. Capacitatea de comunicare

- Creează o atmosferă calmă, receptivă, care încurajează pacientul să vorbească liber.
- Lipsă de comunicare cu pacientul în privinţa definirii motivelor consultaţiei.
- Au loc întâlniri regulate cu alţi membri ai echipei de asistenţă sanitară. Încurajează schimbul liber de idei.
- Descurajează discuţiile în interiorul echipei. Este insensibil, fără înţelegere faţă de rolurile fiecăruia.

Există aproximativ 70 astfel de afirmaţii în documentul RCGP (ca şi multe altele) iar principala dificultate nu este că unele aspecte sunt excluse din schemă (de ex. reducerea costurilor), ci faptul că este atât de completă încât unii se pot împotmoli în faţa unei asemenea perfecţiuni teoretice, datorită a ceea ce se întâmplă de fapt în practică. Dacă aşa stau lucrurile, atunci cel mai bun plan este să cumpăraţi documentul Colegiului, dar numai pentru a-l citi pe fragmente foarte scurte, până când propriul cabinet capătă treptat formă – şi documentul poate fi citit în întregime fără să provoace un acces de disperare în faţa propriilor performanţe.

---

[1] *What sort of doctor? J Roy Col Gen Prac* 1985 Report 23

Satisfacţia pacientului

▶*Pacientul este cel mai aproape de a fi un judecător infailibil asupra a ceea ce înseamnă o practică medicală bună.* Satisfacţia pacientului este unul din scopurile tuturor strădaniilor noastre, şi este una dintre foarte puţinele măsuri ale *rezultatului* (şi nu al *procesului)* care este relativ uşor de măsurat, (de ex. prin chestionarul de acord cu următoarele 13 afirmaţii *(duzina lui Baker*[1]*)*.

Satisfacţie

1. Sunt total satisfăcut de vizita la acest doctor.
2. Unele aspecte ale vizitei mele la doctor ar fi putut fi mai bune.
3. Nu sunt complet satisfăcut de vizita la doctor.

Îngrijirea profesională

4. Acest doctor m-a examinat foarte atent.
5. Acest doctor mi-a spus totul despre tratamentul meu.
6. Am avut impresia că acest doctor m-a luat în seamă ca persoană.
7. Voi urma sfaturile acestui doctor deoarece cred că el/ea are dreptate.
8. Îmi înţeleg mult mai bine boala după ce am discutat cu acest doctor.

Relaţii

9. Acest doctor ştie totul despre mine.
10. Am simţit că acest doctor ştie cu adevărat ce gândesc.
11. M-am simţit capabil să-i spun acestui doctor lucruri foarte intime.

Timpul perceput

12. Timpul petrecut cu doctorul n-a fost suficient pentru a discuta tot ceea ce doream.
13. Aş fi dorit să stau ceva mai mult timp cu doctorul.

De ce pacienţii îşi schimbă doctorul? Cele mai frecvente motive sunt fie că pacientul s-a mutat, fie doctorul s-a pensionat sau este perceput ca fiind prea îndepărtat. Există şi alte motive:[2]

Nevoi ale pacientului:	
Un doctor pentru toată familia	5%
Doctor femeie	4%
Medicină alternativă	2%
Nevoi obstetricale	1%
Probleme cu doctorul:	
Pierderea încrederii în doctor	21%
Doctor neinteresat	10%
Lipsă de amabilitate a doctorului	10%
Prescripţii criticate	5%
Doctor grăbit	4%
Probleme cu vizitele	4%
Slabă comunicare	3%
Probleme cu trimiterile	2%
Probleme organizatorice:	
Aşteptări lungi	13%
Lipsa continuităţii asistenţei	6%
Secretară neamabilă	6%
Dorinţa de a avea programări	19%
Dorinţa de a primi tratament chirurgical	1%
Lipsă de amabilitate a altor categorii de personal	1%

[1] R Baker 1990 *Br J Gen Prac* **40** 487

[2] B Billinghurst 1993 *Br J Gen Prac* **43** 336

Renunţarea la fumat

Epidemiologii estimează că 30-50% din fumători vor muri din cauza fumatului, dacă nu se lasă – şi nu înseamnă că pierd numai câţiva ani: este mai probabil că pierd aproape un sfert de secol pentru cei care mor între 35 şi 69 ani.[1] Renunţarea la fumat diminuă riscul în exces datorat tutunului, astfel încât după 10-15 ani riscul de cancer pulmonar redevine efectiv egal cu riscul nefumătorilor permanenţi. O diminuare similară, dar mai rapidă a riscului în exces (scăzut cu aprox. 50% în primul an) se constată în privinţa deceselor prin afecţiuni coronariene. ▶*60% din fumători vor să se lase.*

Costurile sanitare anuale ale fumatului în Marea Britanie

- Prescripţii de medicină generală: 52 milioane lire
- Consultaţii de medicină generală: 89 milioane lire
- Episoade spitaliceşti: 470 milioane lire

Avantajele renunţării la fumat. Salvarea de vieţi (110 000/an în Marea Britanie).

- Nou-născuţi mai mari (copiii fumătoarelor cântăresc în medie cu 250 g mai puţin, iar dezvoltarea lor fizică şi psihică poate fi afectată).
- Mai puţină bronşită (reprezintă milioane de zile lucrătoare pierdute).
- Risc mai mic asociat contraceptivelor orale (riscul cardiovascular este crescut de 20 de ori pentru fumătoare >30 ţigări/zi).
- Risc mai mic pentru fumătorii pasivi (moarte în leagăn; bronşita la copii şi cancer pulmonar la soţii nefumători).
- Revenirea simţului gustului şi mirosului.

Cum pot fi ajutaţi cei care vor să renunţe la fumat

- Întrebă despre fumat în timpul consultaţiilor – mai ales acelor pentru boli asociate.
- Asigură-te că sfaturile pe care le dai sunt congruente cu credinţele despre fumat.
- Concentrează-te asupra beneficiilor renunţării la fumat (ca mai sus).
- Invită pacientul să aleagă o dată (la care vor fi stresuri puţine) de la care va deveni nefumător.
- Sugerează-i să arunce toate accesoriile pentru fumat (ţigări, pipe, scrumiere, brichete, chibrituri).
- Să-şi informeze prietenii despre noua schimbare.
- Ia în considerare oferirea de gumă de mestecat cu nicotină, mestecată intermitent (pentru a limita eliberarea de nicotină). Pot fi necesare 10 bastonaşe de 2 mg/zi. Rezultatele au fost destul de inconstante, şi s-ar putea ca plasturilor transdermice cu nicotină să fie mai eficace (mai uşor de utilizat, cu minimum de instrucţiuni necesare), ele dublând rata de renunţare (de ex. de la 11,7% la 19,4%[2] comparativ cu placebo). O creştere a dozei la 1 săptămână este utilă pentru unii din cei cu dificultăţi.[3] NB: guma de mestecat poate fi preferabilă plasturilor la cei mai dependenţi (dorinţă de fumat la trezire).[4] Alte instrucţiuni în detaliu nu aduc

nici un beneficiu suplimentar faţă de instrucţiunile simple date de asistente.[2] Oferiţi întotdeauna o monitorizare permanentă a procesului de renunţare la fumat.[5]

Pentru cei care nu vor să renunţe. Oferă-le o broşură de educaţie sanitară, consemnează acest fapt în fişă, şi încearcă din nou mai târziu.

Fumatul este în scădere (dar nu suficient de rapid pentru a atinge standardele de *sănătate a naţiunii* ale guvernului britanic), dar este în creştere la tineri. ▶În Marea Britanie, aprox. 450 copii încep să fumeze în fiecare zi; şi 1/4 din absolvenţii şcolilor fumează regulat.[6] Cifrele sunt în creştere. Aceasta a dus la iniţierea proiectului de educaţie împotriva fumatului în şcoli, de către Consiliul de Educaţie Sanitară (Health Education Council).

---

1 R Peto 1992 *Lancet* 339 1268 2 D Mant (ICRF GP research group) 1993 *BMJ* i 1304 3 M Russell 1993 BMJ i 1308
4 J Tang 1994 *BMJ* i 21 5 M Russell 1979 *BMJ* ii 231 6 Royal College of Physicians Working Party 1992 *J Roy Col Phys* 26 352

Reducerea consumului de alcool

Având în vedere preţul excesului de alcool, în termenii suferinţei personale şi ai bugetului naţional (>1 600 milioane lire/an în Marea Britanie), nevoia de a reduce consumul de alcool ar trebui să fie unul din principalele scopuri ale asistenţei preventive. Motivul pentru care alcoolul nu se află în capul listei nu este numai faptul că doctorilor le place foarte mult să bea (această profesie are de 3 ori rata naţională de ciroză), ci şi faptul că există un puternic şi subtil lobby care ne asigură că alcoolul este mai ieftin (în termeni relativi) şi mai la îndemână ca niciodată – astfel încât consumul individual moderat nu ridică nici un comentariu. Se presupune că nu este nociv, pentru cine nu este cu adevărat alcoolic. Totuşi, este mai bine să vedem riscurile şi beneficiile alcoolului ca un spectru (vezi Paradoxul Francez, MMC, p. 482 pentru *beneficiile* alcoolului). Problemele sunt enumerate la p. 423. Mai jos este prezentată o strategie de reducere a efectelor nocive ale alcoolului la pacienţii dv.:

- Când un pacient se prezintă cu simptome sau semne legate de alcool, asigură-te că îl întrebi în detaliu asupra consumului.
- Chestionează orice pacient cu "factori de alertă" – accidente, contravenţii rutiere, neglijarea copiilor, ultraj, încercare de sinucidere, depresie, obezitate.
- Chestionează toţi ceilalţi pacienţi (exceptând sugarii) care se prezintă pentru control.

Cum pot fi ajutaţi oamenii să reducă consumul de alcool.

- Să bea mai multe băuturi nealcoolice.
- Să limiteze băutura la ocazii oficiale – şi să înveţe să o deguste, nu să o dea pe gât.
- Redu frecvenţa degustărilor, de ex. urmărind o persoană din grup care bea lent. Nu ridica paharul până când nu îl ridică el (şi nu ţine paharul în mână prea mult: pune-l jos ca să nu sorbi din el inconştient).
- Să nu cumpere o băutură pentru el când e rândul lui să facă cinste grupului.
- Redu perioada de băut – mergi la bar mai târziu.
- Să ia "zile de odihnă" în care nu se consumă alcool.
- Să înveţe să refuze cu graţie: "Pentru mine nimic, vă rog, trebuie să-l conduc pe Dan acasă cu maşina" sau "Încerc să văd cum ar fi dacă aş bea mai puţin".

Menţinerea unui consum redus. • Stabileşte scopuri împreună cu pacientul.

- Sugerează-i să ţină un jurnal al băuturii în care să treacă tot ce bea.
- Învăţă-l să-şi estimeze consumul de alcool (u/săptămână, p. 422).
- Gândeşte-te la o "Fişă de Alcool" care să arate: unităţi/săptămână; mod de consum; motive ale nerespectării programului; fiecare problemă legată de alcool (şi dacă s-a convenit o soluţie şi s-a trecut la acţiune); experienţa de muncă (slujbe); evenimente familiale; markeri biochimici (GGT, VCM); greutate.

- Oferă informaţii privind evoluţia – de ex. dacă sunt discutate cu pacientul scăderile GTT, morbiditatea, mortalitatea şi spitalizarea sunt mult mai mici comparativ cu un lot randomizat de martori.
- Include şi familia în planul de reducere a consumului de alcool. Pune la punct un sistem de "recompense" pentru abstinenţă.
- Terapia de grup, grupurile de auto-ajutor, disulfiranul, discuţiile locale privind alcoolul, echipele şi unităţile terapeutice comunitare pot fi de asemenea utile (p. 422).

Asistenţa primară este un cadru bun pentru prevenire; intervenţia duce la scăderea consumului de alcool cu aprox. 15%, şi reduce proporţia marilor băutori cu 20% – la 1/20 din costul serviciilor specializate.[2] Nu există indicii că intervenţia generalistului ar trebui să cuprindă şi sfaturi ce consumă mai mult timp, cum ar fi strategiile cognitive/comportamentale comprimate.[3] Simplele sfaturi sunt foarte eficace, după cum arată scăderea nivelelor GTT – cel puţin pentru bărbaţi. După intervenţii, femeile pot relata că beau mai puţin, dar acest lucru nu se reflectă într-o scădere a GTT.[3]

---

1 RCGP 1986 *Alcohol - A Balanced View*, report from General Practice 24
2 P Anderson 1991 BMJ i 766   3 P Anderson 1993 *Br J Gen Prac* **43** 386

Medicina alternativă şi holistică

Medicina alternativă (complementară/de graniţă/neortodoxă). Aceşti termeni sunt utilizaţi pentru a descrie terapii care nu sunt incluse în instruirea medicală/paramedicală convenţională. Unele reprezintă terapia convenţională a unui alt timp (herbalismul) sau loc (medicina Ayurvedică indiană), unele sunt în principal tehnici de diagnostic (iridologia), altele în principal tehnici terapeutice (aromoterapia). Unii medici sunt suspicioşi în privinţa medicinii neortodoxe, şi cred că practicanţii ei n-ar trebui "lăsaţi liberi" să trateze pacienţi. Totuşi, în unele locuri, opinia legală este că, oricât de neconvenţional ar fi tratamentul unui practician, el sau ea nu poate fi condamnat pentru lipsă de etică în absenţa unor daune demonstrabile aduse pacienţilor.[1]

Mulţi pacienţi (1 milion anual în Marea Britanie) consultă practicieni alternativi, de obicei ca supliment la un tratament convenţional şi pentru un număr limitat de afecţiuni – predominant osteomusculare. Mulţi se simt incapabili să vorbească despre acestea cu medicul lor.

Medicina modernă este criticată (atât dinăuntru cât şi dinafară) pentru că sacrifică umanismul în favoarea tehnologiei, şi aceasta fără mari beneficii pentru mulţi pacienţi. Spre deosebire de medicul convenţional, practicienii alternativi pot fi văzuţi ca având răbdare să asculte, bazându-se mai mult pe mâini decât pe instrumente, şi prescriind medicamente lipsite (nu totdeauna!) de efecte secundare.

Multe terapii alternative par neplauzibile din punct de vedere ştiinţific, iar studiile controlate sunt dificil de efectuat, pentru că tratamentul este deseori individualizat, iar rolul terapeutului – crucial. Totuşi, aceleaşi comentarii ar putea fi făcute şi pe marginea multor tratamente convenţionale. Medicii generalişti arată din ce în ce mai mult interes în ceea ce oferă rivalii lor, iar unii îşi introduc în arsenal şi terapii alternative. Mai jos sunt descrise unele din tratamentele puse frecvent la dispoziţia pacienţilor.

Acupunctura: utilizată tradiţional în tratamentul unui mare număr de afecţiuni, acupunctura este din ce în ce mai utilizată în practica convenţională pentru ameliorarea durerii, a senzaţiei de greaţă şi în tratamentul dependenţelor. Pentru aceasta, eliberarea de endorfine furnizează o bază ştiinţifică.

Homeopatia: aceasta se bazează pe principiile curei prin similitudine, şi "potenţării" remediilor prin diluări infinite. Medicii generalişti din NHS pot prescrie remedii homeopatice pe un FP10. Analiza studiilor clinice sugerează un real beneficiu[2].

Terapii manipulative: osteopatia şi chiropractica. Acestea sunt larg utilizate şi şi-au dovedit utilitatea în afecţiunile osteomusculare, dar unii le utilizează şi în tratamentul unor afecţiuni mai generale, ca astmul.

Ecologia clinică. Pornind de la faptul că poluanţii atmosferici, toxinele şi substanţele chimice xenobiotice (de la alte organisme) sunt nocive, se pune la punct un sistem (cu injecţii intradermice) de provocare şi neutralizare a simptomelor legate de alimente.

Medicina holistică.[4] Abordarea holistică este o abordare largă: a pacientului ca persoană completă, a rolului terapeutului, a terapiilor utilizate. Autonomia pacientului este încurajată prin implicarea pacientului în luarea de decizii şi prin cultivarea încrederii în sine. Specializarea nu include holismul; nefrologii pot fi la fel de holişti ca şi naturopaţii. După cum se arată la p. 484, majoritatea modelelor de consultaţii de medicină generală se bazează pe o abordare centrată pe pacient, care este esenţialmente holistică. Comparaţi secvenţa "bronşită → antibiotic" cu "bronşită → fumător → stresat → redundanţă – consultanţă → ? antibiotic".

---

1 K Mumby 1993 *BMJ* ii 1055 2 J Knipschild 1991 *BMJ* i 316 3 WP King 1988 *Otolaryngol Head Neck Surg* 99 263-71 & 272-7 4 P Pietroni 1988 in *Primary Care* page 114, Heinemann

A trăi periculos

Cu 10 ani în urmă, un pacient a avut un seminom, tratat, aparent cu succes, într-un binecunoscut spital londonez, la care fusese trimis din îndepărtatul lui sat din Sussex. În anul în care urmărirea a încetat, pacientul a avut un infarct miocardic major – urmat, din nou, de o restabilire aparent normală. Dar pacientul a devenit morbid, centrat pe sine şi deprimat, poate din cauza conştientizării propriei mortalităţi, a dispneei reziduale şi a incapacităţii de a se ocupa de hobby-ul său, tâmplăria. Generalistul său a încercat din greu să-l înveselească şi să-l reabiliteze încurajând efortul fizic, activitatea sexuală, o imagine pozitivă despre sine, şi alte hobby-uri. Reabilitarea începuse aproape să funcţioneze când pacientul a început să acuze cefalee şi să întrebe tot timpul dacă acestea înseamnă că tumora s-a extins la cap. Nu existau semne de metastază sau de hipertensiune intracraniană. Generalistul a apreciat că exista într-adevăr o şansă ca neoplasmul să fie reactivat, dar a judecat că iniţierea unui inutil şir de investigaţii ar fi dezastruoasă pentru sănătatea mentală a pacientului. Aşa încât, în loc de a aranja o CT, generalistul a interpretat singur întrebarea obsedantă a pacientului, spunându-i că pune astfel de întrebări numai pentru că are o stare de spirit negativă, iar pacientul şi generalistul au stabilit strategii de evitare a ideilor negative, în cooperare cu consultantul local care şi contribuise la tratament după infarctul de miocard. Cefaleea s-a ameliorat iar generalistul a rezistat presiunii de a efectua investigaţii.

Dacă s-ar fi făcut o CT, ea n-ar fi asigurat în nici un caz pacientul prin rezultatele sale negative – în starea sa de spirit ar fi fost foarte dornic să întrebe dacă o CT este 100% sigură, şi apoi să ceară un alt test suplimentar, şi aşa mai departe, până când boala ar fi devenit o preocupare majoră. Astfel, în acest caz, a fost raţional ca medicul să meargă la risc şi să fie pregătit să-şi asume vina dacă lucrurile ar fi mers prost.

Cum ne descurcăm şi cum folosim incertitudinea? Primul pas este să renunţăm la ideea că, dacă nu facem tot ce este posibil pentru a reduce incertitudinea, suntem cumva leneşi. (Reciproca poate fi adevărată). Următorul pas este de a împărtăşi incertitudinea cu un coleg pentru a vedea dacă el sau ea este de acord cu judecata ta. Din punct de vedere medicolegal este înţelept să documentezi procesele de gândire. O altă dovadă de prudenţă este de a urma exemplul acelor alpinişti aventuroşi, dar înţelepţi, care nu planifică niciodată o rută fără să prevadă şi o rută de salvare: în sens medical, aceasta înseamnă triada urmăririi, includerii familiei în planurile dv. şi a respectării oneste asupra şanselor de eroare şi şanselor de a o detecta. Aceasta înseamnă că, pe cât posibil, vei avea semnale precoce de apariţie a erorii, şi apoi vei fi capabil să-ţi ajustezi conduita terapeutică în funcţie de evoluţia bolii.

Afecţiuni minore

Mulţi oameni cu afecţiuni aparent minore îşi vizitează generalistul, în primul rând, deşi generaliştii nu au un monopol suficient al acestora pentru a justifica denumirea lor de "triviologi". Majoritatea afecţiunilor minore sunt tratate din punct de vedere patologic, la capitolul unde apar. Aici problema priveşte studiul afecţiunii minore în sine, şi în acest context multe maladii minore nu vin la generalist: numai *oamenii* vin la generalist, şi nu se poate şti pentru o perioadă de timp dacă simptomele sunt serioase sau minore (minore pentru cine?). Poate că un generalist nu vrea să-şi petreacă tot timpul cu afecţiuni minore, dar acest lucru va deveni aproape inevitabil dacă face o prescripţie pentru astfel de acuze. Aceasta stimulează vizitele la cabinet, deoarece o parte din pacienţi vor presupune că este necesară o prescripţie. În practica curentă, generaliştii raportează aprox. 14% din consultaţiile lor ca fiind datorate unor afecţiuni minore (gastroenterită uşoară, afecţiuni ale căilor respiratorii superioare, infecţii presupus virale, gripă şi exanteme infantile).[1] Mai mult de 80% din pacienţi primesc o prescripţie, şi >10% sunt rugaţi să revină la o consultaţie ulterioară. De ce această mare cheltuială de timp şi bani? Dorinţa de a place, grija autentică, prescrierea pentru a încheia o consultaţie şi incertitudinea terapeutică pot avea fiecare un rol. Ratele mici de prescripţie se corelează pozitiv cu un medic tânăr, practica în zone aglomerate şi durata lungă a consultaţiilor. Pacienţii din clasele sociale I şi II au o probabilitate mai mare de a solicita asistenţă pentru acuze minore decât cei din alte clase sociale. Calitatea de membru al Royal College of General Practitioners nu influenţează ratele de prescripţie.[1] Nu toţi doresc să reducă prescripţiile, dar pentru cei ce doresc există unele sfaturi:[2]

- Utilizează un manual de auto-îngrijire, cu explicaţii pentru afecţiunile minore.[3]
- Utilizează auto-medicaţia (de ex. paracetamol pentru febră).
- Utilizează dulapul şi cămara de ex. lămâie şi miere pentru dureri în gât).
- Utilizează timpul (de ex. timpane roz[4] – urmărire).
- Utilizează bunica (un membru al familiei mai experimentat).
- Prevede dorinţa pacientului de a i se prescrie antibiotice (de ex. pentru dureri în gât), de ex.: "Va trebui să vă examinez gâtul ca să văd dacă aveţi nevoie de un antibiotic, dar mai întâi să vă pun câteva întrebări ... Din ceea ce îmi spuneţi se pare că vă veţi vindeca singur, dar să mă uit să văd". (Generalistul inspectează pentru a exclude o amigdalită.) " Da, cred că se va vindeca de la sine. Este bine aşa?".

---

1 C Whitehouse 1985 *J Roy Col Gen Prac* **35** 581 2 G Marsh 1977 *BMJ* ii 1267 3 D Morrell 1980 *BMJ* i 769 4 D Brooks 1983 Update **26** 161-4

Prescrierea şi complianţa

În fiecare zi aprox. 60% din oameni iau medicamente, din care numai jumătate sunt prescrise. Celelalte sunt vândute fără reţetă (over the counter – OTC). Cele mai frecvente OTC sunt analgezicele, antitusivele şi vitaminele; din medicamentele prescrise, grupele frecvente sunt medicamentele SNC, cardiovasculare, şi antibioticele. În medie, 6-7 prescripţii NHS sunt emise/persoană/an (21 în Italia şi 11 în Franţa).

Medicii generalişti răspund pentru 75% din costurile anuale ale prescripţiilor NHS (>2000 milioane lire, sau aprox. 10% din costul total al NHS), deşi multe din aceste "medicamente de generalist" au fost iniţiate în spital. Costul acestor prescripţii a crescut de 4,75 ori din 1949 (după corecţia datorată inflaţiei) şi este de aprox. 80 000 lire/generalist/an. Ratele mici de prescripţie se corelează pozitiv cu un medic tânăr, practica într-o zonă aglomerată, şi durata lungă a consultaţiilor (>7 min.). Motivul pentru aceasta poate fi că, dacă se petrece mai mult timp cu bolnavul, se pot da mai multe explicaţii privind afecţiunile minore (p. 524), aşa încât pacientul să nu mai aştepte o prescripţie, ci să plece lămurit şi mulţumit.

Formulare în practica generală. Scopul este de a reduce "nota de plată" a medicamentelor şi de a face prescrierea mai eficientă, prin punerea la punct a unei liste de medicamente favorizate. Această restricţie voluntară poate merge în tandem cu listele restrânse obligatorii ale NHS, şi duce la economii substanţiale (de ex. 18%). DoH recomandă stabilirea lor la nivelul practicii individuale, dar această sarcină consumatoare de timp poate fi mai bine îndeplinită prin adaptarea unui formular local deja existent. Dacă nu doriţi să reinventaţi roata, acesta este un sfat excelent.

Medici distribuitori. În zone rurale unde nu există farmacie, medicii generalişti sunt abilitaţi să distribuie medicamente pacienţilor. Rata anuală a prescripţiilor lor este 70% din cea a colegilor lor generalişti non-distribuitori.

Complianţa (ia pacientul medicamentul?)

▶*N-are nici un rost să fii un diagnostician strălucit dacă nu poţi convinge pe nimeni să-ţi urmeze tratamentele.*

Chiar în afecţiuni cu risc vital, complianţa este o problemă majoră care apare la până 56% din pacienţi (de ex. adolescenţi cu leucemie limfatică acută). S-a constatat că următorii factori sunt asociaţi cu creşterea complianţei:

- A fi capabil de identificare cu medicul personal.
- Faptul că pacientul este în general mulţumit de doctor.
- Regimurile terapeutice simple.
- Informaţii suplimentare scrise (Utilizează cuvinte scurte – formula Flesch >70, MMC, p. 5).

- Durată mai lungă a consultaţiei sau prescrierea în timpul vizitelor la domiciliu.
- Prescrierea asociată cu educaţia sanitară.
- Continuitatea asistenţei medicului generalist.
- Timp de aşteptare scurt la consultaţii.
- Încurajarea auto-urmăririi de către pacient.
- Credinţă în eficacitatea tratamentului.

Monitorizarea complianţei: cea mai corectă metodă este monitorizarea nivelelor plasmatice ale medicamentului, dar este mai ieftin să rugaţi pacienţii să vină înapoi cu tabletele şi să le număraţi.

---

1 *Drug Ther Bul* 1991 29 25 2 P Green 1985 *J Roy Col Gen Prac* 35 570-2 3 P Ley 1976 in *Communications Between Doctors and Patients*, Ed A Bennett, OUP.

Probleme sociale

Şomajul şi familia. Aprox. 50% dintre copiii în îngrijire au părinţii şomeri. Datele recensământului britanic din 1971 arătau o asociere între decesele în copilărie (0-4 ani) şi şomaj, clase sociale inferioare şi supraaglomerare. Nou-născuţii ai căror taţi au serviciu tind să aibă o greutate mai mare la naştere (cu 150 g) decât nou-născuţii cu taţi şomeri, după corectarea altor factori. Accidentele[2] şi infecţiile sunt mai frecvente la copiii şomerilor, comparativ cu martori atent selectaţi, iar mamelor lor pot fi mai predispuse la depresie. Pe măsură ce şomajul creşte, creşte şi maltratarea copiilor.[1] Alţi factori corelaţi cu această creştere sunt neînţelegerile conjugale, datoriile şi lipsa de respect de sine a părinţilor, aşa cum arată famiile afectate: "Când şi-a pierdut slujba, s-a ţicnit complet. S-a schimbat foarte mult. A devenit deprimat şi certăreţ. Frustrat."[1]

Destrămarea căsniciei reprezintă principala problemă a femeilor în practica generală manifestată prin nevroze, şi a doua problemă (după şomaj) la bărbaţi, şi este un factor principal în >60% din încercările de sinucidere.[3] În SUA bărbaţii divorţaţi au cea mai mare rată a mortalităţii. Creşterea incidenţei deceselor cardiace este mai evidentă la bărbaţii divorţaţi tineri. Statutul de divorţat nefumător este aproape la fel de periculos ca statutul de căsătorit fumător a 1 pachet pe zi.[3] Armonia conjugală (manifestată de ex. prin mângâieri) protejează faţă de decesul cardiac, după cum s-a arătat de ex. într-un studiu prospectiv pe 10 000 inimi israeliene.

Ajutoare sociale.[4] *Vârstnicii:* dacă singura sursă de venituri este pensia, poate fi utilă o cerere pentru ajutor social (numit înainte venit suplimentar). Acesta asigură o alocaţie personală de bază ± o primă (de ex. 11,80 lire/săpt.) în funcţie de nevoile datorate vârstei, bolii, handicapului (sau responsabilităţilor familiale).

- Prima de copil invalid este pentru un copil înregistrat ca orb sau care primeşte o alocaţie de însoţitor sau de mobilitate.
- Primă de invaliditate (15,40 lire/săpt.) este pentru solicitanţi sau parteneri care primesc o alocaţie de însoţitor sau de mobilitate, o alocaţie de invaliditate, sau o alocaţie de handicap sever. Poate fi plătită dacă solicitantul (nu îngrijitorul) nu a lucrat din cauză de boală timp de 28 săptămâni.
- Prima de handicap sever (28,20 lire/săpt.) este pentru cei care primesc o alocaţie de însoţitor, dacă nimeni nu primeşte alocaţie de îngrijitor a persoanei bolnave şi aceasta locuieşte singură (definiţie DHSS).
- Acest sistem de alocaţie de bază + prime este utilizat pentru a calcula ajutorul casnic pentru cei care nu au dreptul la ajutor social. Ajutorul casnic nu poate fi plătit dacă solicitantul are economii de peste 8 000 lire.

Familii tinere: dacă persoana care lucrează este prost plătită se poate face o cerere pentru credit familial şi un împrumut de la fondul social cu sume limitate pentru a cumpăra echipamentul strict necesar (de ex. aragaz). Creditul familial (valoare medie 25 lire/săpt.) este o sumă neimpozabilă plătită familiilor în care persoana care lucrează prestează ≥24 h/săpt. Pot candida şi cei care câştigă ≤110-170 lire/săpt. (în funcţie de numărul de copii şi de economii – care pot atinge uneori 6 000 lire).

Alocaţia de mobilitate (26,25 lire/săpt.). Aceasta poate începe de la vârsta de 5 ani, şi să continue a fi plătită până la vârsta de 75 ani (deşi nu se pot face cereri noi după vârsta la care începe pensia). Poate fi plătită copiilor handicapaţi, şi dacă este periculos pentru pacient să meargă pe jos la muncă, de ex. dacă este parţial nevăzător. Este impozabilă şi nu există regulă de economii privind candidatura. Pentru a fi candidat, pacientul trebuie să fie capabil să meargă să o folosească.

Alocaţia de îngrijire. Aceasta este plătibilă persoanei care are nevoie de îngrijire, şi nu persoanei care îngrijeşte. În funcţie de invaliditate, suma săptămânală este fie de 26,25 lire sau 35,55 lire. Toate cererile se fac la serviciile sociale.

Calcularea ajutoarelor este o sarcină complexă, iar candidatura şi sumele cuvenite se modifică frecvent. Un mod de menţinere în actualitate este utilizarea *programului* gratuit pentru computer *Lisson Grove Welfare Benefits.* Acesta permite calcularea unor sume specifice, pentru cazuri individuale.

1 R Smith 1985 *BMJ* ii 1707 2 R Alwash 1988 *BMJ* i 1450 3 J Dominian 1985 *Update* **31** 809 4 A Ketley 1988 *BMJ* i 1446 5 Family credit unit, Gouvernment buildings, Warbreck Hill, Blackpool FY2 OYF 6 Lisson Grove Health Centre, Gateforth St, London NW8 8EG (tel 0171 724 0480)

Sănătatea şi clasa socială

De-a lungul istoriei omenirii au existat inegalităţi în starea de sănătate a claselor şi populaţiilor, produse de factori sociali. Odată cu introducerea Serviciului Sanitar Naţional Britanic(NHS), cu idealul său de acces egal la asistenţă sanitară pentru toate grupurile sociale, s-a presupus că diferenţele în starea de sănătate a diverselor clase sociale (ocupaţionale) vor fi eliminate. Acum ştim că acest lucru nu s-a întâmplat, şi acest fapt a fost amplu documentat în diverse rapoarte ca *Black Report (Inequalities in Health)* şi *Health Divide.*[1]

Scala celor 5 clase sociale sau ocupaţionale după registratură generală

Clasa I	Profesionist	De ex. avocat, medic, contabil
Clasa II	Intermediar	De ex. profesor, asistent, manager
Clasa III^N	Calificat ne-manual	De ex. dactilograf, vânzător de magazin
Clasa III^M	Calificat manual	De ex. miner, şofer autobuz, bucătar
Clasa IV	Parţial calificat (manual)	De ex. muncitor agricol, controlor de autobuz sau ambalator
Clasa V	Necalificat manual	De ex. curăţător, om de serviciu

Există o convergenţă remarcabilă a indiciilor privind factorul de creştere a ratelor mortalităţii în clasa V faţă de clasa I (cu gradaţii regulate între acestea). Pentru naşteri de feţi morţi, decese perinatale, mortalitate infantilă, decese la bărbaţi între 15-64 ani şi femei între 20-59 ani, acest factor este respectiv de 1,8, 2,2, 1, 2 şi 1,95.[1] Acelaşi tip de factori este valabil şi pentru boli specifice, cum ar fi ratele mortalităţii standardizate (RMS) prin cancer pulmonar (1,98), cardiopatie ischemică (1,3) şi accidente vasculare cerebrale (1,9). Numai melanomul malign, eczema şi boala Hodgkin a adultului[2] tânăr prezintă o tendinţă inversă (maladii ale prosperităţii). Notă: RMS este raportul dintre rata mortalităţii într-o clasă şi media întregii populaţii. Întreaga populaţie are o RMS de 1,00.

Există mai mult stres emoţional şi probleme cronice de sănătate în clasele ocupaţionale "inferioare". Mai mult, cei care sunt proprietarii caselor în care trăiesc au mai puţine probleme de sănătate decât chiriaşii, mai ales dacă locuiesc în zone rezidenţiale retrase.[1]

În rândul ocupaţiilor, efectul clasei sociale este văzut într-un mod mai "pur" decât atunci când sunt comparate grupuri cu mai multe ocupaţii: într-un studiu pe >17 000 funcţionari civili de la Whitehall, s-a constatat o diferenţă de peste 3 ori a mortalităţii de orice cauză (cu excepţia maladiilor genitourinare) la funcţionarii inferiori faţă de cei superiori. În mod asemănător, în armată există o diferenţă de 5 ori între ratele mortalităţii la gradele inferioare şi superioare.

S-a subliniat că boala face ca o persoană să "coboare" pe scara socială, dar s-a estimat că acest efect nu este destul de mare pentru a justifica diferenţele observate între clase. Este mult mai probabil ca diferenţele să se datoreze unor factori ca fumatul, educaţia, starea civilă, sărăcia şi supraaglomeraţia.[1]

1 M Whitehead 1987 *The Health Divide,* Health Education Council
2 N Gutensohn 1982 *Cancer treatment Reports* 66 689-95

Cumpărătorii şi furnizorii de sănătate

Două principii antitetice. ▶Cine plăteşte, comandă.

▶Unele componente terapeutice de nepreţuit nu pot fi cumpărate sau vândute: acestea cuprind compasiunea, continuitatea îngrijirii şi devotamentul.

Nu întreba niciodată cât de bună este o structură fără să întrebi şi cât de bine se poate transforma: aceea care nu se poate transforma moare. Serviciul Naţional Sanitar Britanic este cel mai mare patron din lumea vestică şi de ani de zile se fac cercetări pentru a găsi căi de a controla şi transforma acest lucru drag şi atotputernic. Recent introdusul concept de cumpărător-furnizor este până acum cea mai puternică pârghie dezvoltată în acest scop. *Cumpărătorii* achiziţionează asistenţă stabilind contracte cu *furnizori* aflaţi în competiţie, care asigură asistenţa. Cu cât se asigură o asistenţă mai bună (nu vă opriţi să întrebaţi ce înseamnă "mai bine": speculaţia asupra acestui punct ar distruge discuţia), cu atât mai probabil este ca ei să capete contractul şi în anul următor. Ce nu se spune este că tot efortul suplimentar, pe care furnizorul îl face pentru a îndeplini un contract în acest an, va fi asumat şi considerat ca garantat în anul următor. Astfel s-a creat o moară care macină din ce în ce mai repede. Dacă piaţa nu este viciată, selecţia naturală asigură supravieţuirea furnizorilor celor mai rapizi şi capabili. Cei care beneficiază sunt pacienţii şi plătitorii de impozite – până în punctul în care apar cinismul şi epuizarea. Nu există nici o dovadă că, odată aleasă calea cumpărător-furnizor, cinismul şi epuizarea urmează *inevitabil,* şi există dovezi că la nivel local beneficiile cresc şi serviciile devin mai armonizate cu dorinţele consumatorilor. (Consumatorii nu sunt judecători infailibili asupra a ceea ce înseamnă sănătate – dar sunt cei mai buni judecători pe care îi avem.)

Controlul schimbării – de la vârf: un exemplu al unei maternităţi

1. Guvernul stabileşte un grup de experţi pentru a modifica o anumită zonă – de ex. maternitatea, care cuprinde mame, moaşe, clerici, obstetricieni şi generalişti (aceştia sunt jokerii pachetului, pentru că sunt simultan consumatori, cumpărători *şi* furnizori).

2. Stabilirea obiectivelor şi indicatorilor succesului – de ex. pe 5 ani:

- Fiecare femeie trebuie să aibă dreptul de a avea asupra ei propria fişă medicală.
- Ea trebuie să aibă o moaşă numită pentru a asigura continuitatea îngrijirii.
- Femeile trebuie să-şi poată alege locul unde vor naşte (98% sunt cuprinse în unităţi de consultanţă, dar studiile arată că 72% doreau alte posibilităţi – 22% spunând că ar fi preferat să nască la domiciliu). Trebuie făcute toate eforturile pentru a realiza ceea ce crede ea că e mai bine pentru ea şi copil.
- ≥75% din femei trebuie să cunoască persoana care le va ajuta să nască.

- Moaşele trebuie să aibă acces direct la unele paturi din toate maternităţile.
- ≥30% din femei trebuie să aibă o moaşă ca profesionist principal.
- ≥30% din naşterile în spital să fie internate de moaşă.
- Toate ambulanţele de teren să aibă infirmieri în sprijinul moaşelor.
- Toate femeile trebuie să aibă acces la informaţii privind serviciile locale.

3. Un raport foarte atrăgător al grupului este trimis[1] (pe banii contribuabililor) tuturor grupurilor şi personalului implicat (cu excepţia mamelor).

4. Sunt stimulate dezbaterile şi se verifică avansarea proiectului.

Anatomia schimbării. Idealuri (asistenţă centrată pe femei) → Obiectiv de politică specifică (toate femeile să aibă şansa de a-şi discuta asistenţa) → Acţiunea cumpărătorilor (alegerea unui comitet de legătură cu serviciile maternităţii, cu un preşedinte persoană laică) → Acţiunea furnizorilor (asigurarea de lucrători – verigi de legătură, şi scheme consultative pentru femeile a căror primă limbă nu este engleza).

Controlul schimbării – de jos în sus. Exemplu: cei ce asigură fonduri generaliştilor cumpără servicii de consultanţă pe loc pentru pacienţii lor (p. 536).

---

[1] DoH 1993 *Changing Childbirth*, HMSO, London (ISBN 0 11 321623 8)

Apt pentru a conduce[1] (numai permise de conducere britanice obişnuite)

Permisele de conducere britanice obişnuite, emise de DVLA (Driver and Vehicle Licensing Agency – înainte DVLC) sunt prevăzute cu următorul înscris: "Sunteţi obligat prin lege să informaţi Drivers Medical Branch, DVLA, Swansea SA99 IAT imediat dacă aveţi o invaliditate de orice fel (afecţiune fizică sau medicală), care poate, sau în viitor este posibil să vă afecteze capacitatea de a conduce, dacă estimaţi că va dura mai mult de 3 luni".

Este responsabilitatea şoferului să informeze DVLA. Este responsabilitatea medicilor să-şi sfătuiască pacienţii în privinţa afecţiunilor medicale (şi medicamentelor) care le pot afecta capacitatea de a conduce.

Vedere. Acuitatea (± ochelari) trebuie să fie suficientă pentru a permite citirea unei plăcuţe de înmatriculare înaltă de 3 1/2 inch, de la distanţa de ≥25 yarzi (aprox. 6/10 pe carta Snellen).

- Vederea monoculară este permisă dacă câmpul vizual este complet.
- Câmpul vizual binocular trebuie să fie >120°.
- Diplopia nu este permisă decât dacă este uşoară şi corectabilă.

Afecţiuni cardiovasculare.[2] Pacienţii nu trebuie să conducă:

- Timp de 1 lună de la infarct miocardic: în caz de vindecare necomplicată nu este necesară informarea DVLA (instrucţiuni 1990).
- Timp de 1 lună de la angioplastie, pacemaker, chirurgie cardiacă/valvuloplastie, 2 luni de la transplant cord ± pămân* (*=informaţi DVLA).
- Angină provocată de şofat*.
- Aritmie/bradicardie simptomatică.
- Dacă medicaţia reduce starea de veghe sau cauzează vertij sau hipotensiune ortostatică.
- În caz de sincopă neexplicată, bloc atrioventricular complet sau bloc de gradul II*.

Diabet. Toţi şoferii diabetici trebuie să informeze DVLA. Riscul principal este hipoglicemia la diabeticii insulino-dependenţi. Recomandaţi evitarea condusului dacă riscul hipoglicemic este crescut (de ex. întârzierea meselor, sau după efort fizic excesiv). Se vor lua în vehicul glucide cu absorbţie rapidă; dacă apar semne de hipoglicemie se opreşte maşina, se opreşte motorul şi se consumă glucidele.

Afecţiuni neurologice. Ameţeala invalidantă şi vertijul netratabil nu permit condusul. DVLA trebuie să fie informată despre sincope neexplicate, scleroză multiplă, boală Parkinson, leziuni ale neuronilor motori, AIT recurente şi accidente vasculare cerebrale. În ultimul caz permisul este de obicei reţinut 3 luni în funcţie de rezultatele examinării de către un medic independent, şi uneori ale unui test de conducere. Cei cu tumori cerebrale maligne şi inoperabile nu trebuie să conducă.

Epilepsie şi neurochirurgie. Permisul poate fi acordat dacă:

1. Nu au mai apărut crize timp de 2 ani înainte de data validării permisului sau
2. Timp de 3 ani înainte, crizele au apărut numai în somn.

Toţi şoferii cu epilepsie trebuie să informeze DVLA. Cei care au avut o singură criză, cei a căror primă criză a survenit în somn, cei care au suferit intervenţii neurochirurgicale, îndepărtarea unui hematom intracranian, sau fracturi de craniu cu înfundare, vor trebui în general să aştepte un an, fără crize, înainte de a conduce.

Medicamente. Conducerea unui autovehicul, sau supravegherea acestuia sub influenţa (inclusiv efectele secundare) unui medicament este o contravenţie faţă de Road Traffic Act 1972. Multe medicamente afectează starea de veghe şi capacitatea de a conduce (controlaţi Datasheets) şi multe sunt potenţiate de alcool, aşa încât avertizaţi pacienţii să nu conducă până când nu sunt siguri de efectele secundare, să nu conducă după ce au băut, să nu conducă dacă nu se simt bine, şi niciodată să nu conducă timp de 48 h de la administrarea unui anestezic general.

1 A Raffle 1985 *Medical Aspeccts of Fitness to Drive* published by the Medical Commission on Accident Prevention 35-43 Lincoln's Inn Fields, London WC2A 3PN 2 R Gold 1990 *Health Trends* 22 31

Procentajul trimiterilor

Generaliştii britanici sunt obligaţi să dea Autorităţilor Serviciilor Sanitare Familiale detalii privind trimiterile lor la spitale. Sunt de asemenea obligaţi să fie pregătiţi să discute trimiterile cu reprezentanţii medicali ai FHSA – subînţelegându-se că unii generalişti trimit prea mult, şi risipesc resursele spitaliceşti. Există dovezi că aşa este. De ce există o diferenţă de 4 ori între procentele trimiterilor diverşilor generalişti?

Dacă generaliştii cu procentaje mari ale trimiterilor trimit prea mult, atunci proporţia din trimiterile lor, finalizată prin internare, ar trebui să fie mai mică decât cea a unor cabinete de dimensiuni similare, care trimit puţin. De obicei, nu este cazul. Cei cu procentaje mari ale trimiterilor au şi procentaje mari de internări.[1] Cât de departe merge această relaţie? Dacă trimit un număr din ce în ce mai mare de pacienţi la o clinică geriatrică, va veni un moment în care trimiterile se vor nivela? Ideea unui "efect de nivelare" este importantă. Dacă acţiunile consultantului sunt "corecte", iar generalistul se aşteaptă ca rezultatul trimiterilor sale să fie uniform (ceea ce probabil nu e niciodată adevărat), atunci, dacă se observă un efect de nivelare, s-ar putea ca rata medie a trimiterilor să fie optimă, ca cei care trimit puţin să priveze unii pacienţi de îngrijire, iar cei care trimit mult să risipească resursele. De fapt, efectele de nivelare sunt foarte rar observate cu excepţia chirurgiei generale. Ce putem concluziona în privinţa restului specialităţilor, unde nu se observă nici un efect de nivelare? Poate că specialiştii internează o proporţie fixă din pacienţii care le sunt trimişi. S-ar părea că acest lucru este adevărat pentru ORL şi tonsilectomie. O altă posibilitate este ipoteza Coulter-Seagrote-McPherson – că specialiştii au un prag de severitate pentru internare (de ex. o distanţă de claudicaţie de 50 m) şi chiar majoritatea pacienţilor celor ce trimit mult îndeplinesc acest criteriu. În acest caz (presupunând că specialistul are dreptate), chiar cei care trimit mult nu trimit destul. Acest lucru poate fi adevărat pentru toate formele de angiografie, de ex. Totuşi, dacă specialistul este hiper-entuziast şi hiperoptimist cu privire la beneficiile tratamentului, atunci cei care trebuie aplaudaţi sunt cei care trimit puţin, pentru că limitează excesele specialistului.

În general, procentajul trimiterilor nu variază mai mult decât procentajul internărilor – chiar în rândul populaţiilor cu morbidităţi similare. Motivul este probabil că foarte multe decizii clinice prezintă un grad ridicat de incertitudine. Nu ştim cine trebuie să fie supus protezării totale de genunchi, angiografiei, colecistectomiei, anevrismectomiei, transplantelor, sau protezărilor.

▶Nu se cunoaşte nici o relaţie între procentajul mare sau mic al trimiterilor şi calitatea asistenţei. Interpretarea motivelor trebuie făcută cu prudenţă, din 3 motive:[2]

1. Dimensiunile listei individuale nu trebuie folosite ca numitor, pentru că nu ia în considerare diferenţele de aglomerare în interiorul aceluiaşi cabinet. Numărul de consultaţii pe an este un numitor mai bun.

2. Dacă medicii cabinetului au interese speciale, acestea trebuie luate în consideraţie la compararea procentajului trimiterilor.

3. Sunt necesari mai mulţi ani de date pentru a compara trimiterile la unităţi rareori solicitate.

Procentajul trimiterilor şi strângerea de fonduri. Din 1991, generaliştii britanici au avut permisiunea de a primi fonduri pentru a cumpăra asistenţă pentru pacienţii lor – o idee controversată parţial pentru că, în teama de a se încadra în buget, generaliştii ar putea trimite mai puţin, sau pur şi simplu ar putea opta pentru soluţiile mai ieftine, sau ar putea "forţa" pacienţii să utilizeze sectorul privat. Analiza a 28 371[3] trimiteri de la cabinete cu şi fără strângere de fonduri, după corecţia altor factori, nu a motivat nici una din aceste temeri: dimpotrivă, procentajul trimiterilor a fost mai mare la cabinetele cu strângere de fonduri, chiar în specialităţi unde trimiterea conduce deseori la cheltuieli importante (de ex. chirurgia). Dar, pe măsură ce bugetele se restrâng, trimiterile vor putea reflecta prescripţiile, unde strângerea de fonduri a redus în mod evident costurile, cu >60% *economii* faţă de cabinetele fără strângere de fonduri, ale căror cheltuieli continuă să crească.[3]

---

1 A Coulter 1990 *BMJ* ii 273 2 M Roland 1990 *BMJ* ii 98 3 A Coulter 1993 *BMJ* i 433 & ii 1186

Oboseala şi EM

"Obosit tot timpul". Cauza acestei frecvente acuze o reprezintă de obicei tulburările emoţionale, dar ea poate însemna orice: de la leucemie acută la disfuncţie sexuală. Oboseala este un bilet de intrare acceptat în cabinetul oricărui generalist. Odată ajuns acolo, există pericolul ca medicul şi pacientul să se împotmolească încercând să stabilească o cauză fizică, în loc să exploreze un teritoriu emoţional dificil – aranjarea sau comportarea unei histerectomii pentru menoragii poate fi mult mai uşoară decât disecarea cauzei destrămării familiei.

Simptomele fizice, consumul de alcool şi tutun, slujba, relaţiile de familie, evenimentele vieţii, speranţele şi temerile trebuie explorate. Simpla invitaţie de a le examina poate face ca pacienta (feminin/masculin ≈3) să-şi clarifice cauza simptomelor, deşi unele paciente necesită să vadă greutatea propriului lor stres reflectată de doctor, sau au nevoie de o permisiune pentru a-şi accepta sentimentele, sau doresc siguranţa adusă de nişte teste normale înainte de a accepta un diagnostic psiho-social.

Într-un atent studiu de medicină generală, testele paraclinice au contribuit la tratamentul a doar 9% din pacienţi, care aveau mai ales anemie, hipotiroidie, infecţii (de ex, troidită), diabet zaharat sau carcinomatoză. Majoritatea celorlalţi aveau tulburări emoţionale. Numai 1 din 400 episoade de oboseală duc la o consultaţie de medicină generală, şi numai 2% din acestea necesită asistenţă secundară.

Prognostic: este mai bun în lipsa antecedentelor de tulburări emoţionale şi dacă oboseala a durat mai puţin de 3 luni.

Sindromul oboselii post-virale. O perioadă variabilă de debilitare este frecventă după viroze, mai ales gripă şi infecţie cu virusul Epstein-Barr, cu vindecare spontană, chiar dacă lentă. Această denumire este uneori utilizată pentru EM.

Encefalomielita mialgică (EM). EM nu este nici o mialgie, nici o encefalită, şi, ca şi în cazul epidemiilor anterioare de maladii cu fatigabilitate, s-a discutat dacă leziunea se află în fibra morală sau în cea musculară. Totuşi, există indicii că un defect al metabolismului aerob ar sta la baza oboselii musculare premature, caracteristică EM. Într-un mic studiu pe 14 pacienţi şi 24 martori, tomografia cu emisie de pozitroni a arătat o hipoperfuzie pontină şi hipotalamică semnificativă.

EM poate urma unei enteroviroze. Apare oboseală musculară indusă de efort şi prelungirea timpului de recuperare. Oboseala mentală, scăderea puterii de concentrare, labilitatea emoţională, disfuncţia vegetativă de ex. tulburările de termoreglare, şi simptomele fizice ca tulburările de tranzit sunt frecvente. Senzaţia de rău este cronică, sau reapare după stress. Vindecarea lentă este regula.

Testele şi examenele paraclinice sunt de obicei banale, servind însă la excluderea altor diagnostice – dar luaţi în considerare depresia, intoxicaţia şi isteria – şi la liniştirea pacientului. Verificaţi FBC, ESR, UBE, LFT, TFT şi eventual un screening pentru autoanticorpi, creatinkinază şi hemoculturi. Titrurile virale sunt rareori utile, iar testul antigenului enteroviral (VP1) nu este un marker specific pentru EM.

Tratamentul este dificil, pentru că nu există nimic specific – iar cronicizarea şi recidivele sunt frecvente. Încercaţi să stabiliţi o alianţă terapeutică între medic şi pacient. Repausul este util, dar este necesar un program adecvat de efort pentru a preveni atrofia. Trataţi orice depresie, şi încercaţi să diminuaţi problemele pecuniare şi emoţionale. Promovaţi optimismul esenţial în susţinerea vindecării.

1 L Ridsdale 1993 *BMJ* 307 103 2 Information from the ME Association, PO Box 8, Stanford-le-Hope, Essex SS17 BEX 3 D Arnold 1984 *Lancet* i 1367 4 D Costa 1992 *BMJ* 305 1567

Tratamentul obezităţii[1]

Greutatea ideală pentru adulţi este definită prin indexul masei corporale (body mass index – BMI), W/H^2, unde W este greutatea corporală (kilograme) şi H este înălţimea (metri); mortalitatea este cea mai scăzută la un BMI de 20-25. Aprox. 1/3 din pacienţii unui generalist sunt supraponderali după acest criteriu.

Obezitatea scurtează viaţa, agravează diabetul, guta, osteoartroza, hernia hiatală, hipertensiunea şi hiperlipidemia. Reducerea greutăţii la obezi scade TA, diminuă osteoartroza articulaţiilor portante şi aduce la normal speranţa de viaţă.

Greutatea excesivă din obezitate constă în 75% grăsime (valoare energetică 9 000 kcal/kg) şi 25% alte ţesuturi – masă liberă de grăsimi (FFM - fat free mass): apă, proteine şi glicogen (valoare energetică 1 000 kcal/kg). Deci fiecare kg în exces 7 000 kcal de energie înmagazinată. Se pierde în greutate prin crearea unei balanţe energetice negative. Cu un deficit energetic modest (aport 500-1 000 kcal/24 h), pierderea de grăsime: FFM este de 3:1 şi greutatea poate fi scăzută cu 0,5-1 kg/săptămână. Cu diete foarte sărace în calorii (<330 kcal/24 h), pierderea de FFM este mai mare şi scăderea în greutate mai rapidă. Este necesară menţinerea unui aport scăzut pentru menţinerea scăderii în greutate.

Activitatea fizică reprezintă 20% din cheltuiala energetică, deci gimnastica contribuie mult mai puţin la scăderea în greutate decât reducerea aportului. Gimnastica aerobică regulată (>5 h/săptămână) poate contribui la menţinerea greutăţii la cei cu obezitate moderată, dar nu severă.

Consideraţii dietetice

- Stabiliţi ca scop scăderi realiste (<1 kg/săptămână pentru o dietă cu 1 000 kcal/zi).
- Cântărire regulată (săptămânală) pentru verificarea tendinţelor.
- Cereţi pacienţilor să ţină un jurnal al alimentelor mâncate.
- Cântăriţi hrana şi calculaţi aportul caloric pentru a preveni "înşelăciunile".
- Grupuri ca Weight Watchers[2] pot fi foarte utile.
- Încercaţi să reeducaţi obiceiurile alimentare pentru a menţine scăderea în greutate.

Diete foarte sărace în calorii (Very Low Calorie Diets, VLCD). Acestea trebuie să asigure 400 kcal/zi cu 40 g proteine/24 h pentru femei, 500 kcal/zi cu 50 g proteine/24 h pentru bărbaţi, şi femei >173 cm. 2 pinte de lapte degresat cu tărâţe pentru fibre şi o cantitate nelimitată de băuturi fără calorii asigură prima cantitate, 3 pinte a doua. Toţi pacienţii trebuie să ia 200 mg sulfat feros şi 1 tabletă cu multivitamine/24 h. Această dietă este mult mai ieftină decât VLCD comerciale. Întrucât se pierde FFM în exces, utilizarea >4 săptămâni necesită supraveghere medicală.

Medicamente ce suprimă apetitul. Nu sunt recomandate pentru că se dezvoltă toleranţă şi greutatea creşte la întreruperea medicamentului. Medicamentele ce accelerează tranzitul sunt ineficace.

Chirurgia este rezervată pentru obezitate morbidă (BMI >35). Instalarea de sârme între maxilare este utilă, dar la înlăturarea lor greutatea este de obicei recâştigată. O bandă de nylon aplicată în jurul taliei după ce s-a scăzut în greutate ajută la prevenirea recâştigării ei. Gastroplastia ca bandă verticală (capsarea stomacului pentru a produce o pungă fundică) este uneori utilizată. Inserţia unui balon în stomac reduce capacitatea acestuia, dar greutatea nu este pierdută. Bypass-ul ileojejunal nu mai este recomandat din cauza complicaţiilor mecanice şi metabolice.

7 întrebări (Mayo Clinic) la care să răspundă programele de scădere în greutate

S-a dovedit că funcţionează (cereţi dovada rezultatelor pe termen lung)?

Există un dietetician specializat sau un specialist în modificarea comportamentului?

Este aportul recomandat echilibrat din punct de vedere nutritiv?

Trebuie ca pacientul să cumpere produse speciale?

Va primi pacientul consultaţia în vederea iniţierii unui program de efort fizic sigur şi moderat?

Cum realizează programul monitorizarea progresului şi recompensarea?

Există sprijin şi urmărire după sfârşitul programului propriu-zis?

---

[1] *Drug Ther Bul* 1989 27 33

[2] 11 Fairacres, Dedworth Rd, Windsor, Berks SL4 4UY (tel UK 01753 856751)

Greutate şi înălţime. Pentru bărbaţi

Înălţime			Greutate acceptabilă						Supraponderal			Obez		
cm	ft	in	kg	st	lb	–	st	lb	kg	st	lb	kg	st	lb
158	5	2	44-64	6	13	–	10	1	70	11	0	77	12	2
160	5	3	44-65	6	13	–	10	3	72	11	5	78	12	4
162	5	4	46-66	7	3	–	10	6	73	11	7	79	12	6
164	5	4	47-67	7	6	–	10	8	74	11	9	80	12	8
166	5	5	48-69	7	8	–	10	12	76	12	0	83	13	1
168	5	6	49-71	7	10	–	11	3	78	12	4	85	13	5
170	5	7	51-73	8	0	–	11	7	80	12	8	88	13	12
172	5	8	52-74	8	3	–	11	9	81	12	11	89	14	0
174	5	9	53-75	8	5	–	11	11	83	13	1	90	14	2
176	5	9	54-77	8	7	–	12	2	85	13	5	92	14	7
178	5	10	55-79	8	9	–	12	6	87	13	10	95	14	13
180	5	11	58-80	9	2	–	12	8	88	13	12	96	15	2
182	6	0	59-82	9	4	–	12	13	90	14	2	98	15	6
184	6	0	60-84	9	6	–	13	3	92	14	7	101	15	13
186	6	1	62-86	9	11	–	13	8	95	14	13	103	16	3
188	6	2	64-88	10	1	–	13	12	97	15	4	106	16	10
190	6	3	66-90	10	6	–	14	2	99	15	8	108	17	0
192	6	3	38-93	10	10	–	14	9	102	16	1	112	17	9

Pentru femei

Înălţime			Greutate acceptabilă						Supraponderală			Obeză		
cm	ft	in	kg	st	lb	–	st	lb	kg	st	lb	kg	st	lb
148	4	10	37-53	5	12	–	8	5	58	9	2	64	10	1
150	4	11	37-54	5	12	–	8	7	59	9	4	65	10	3
152	5	0	38-55	6	0	–	8	9	61	9	8	66	10	6
154	5	1	39-57	6	2	–	9	0	63	9	13	68	10	10
156	5	1	39-58	6	2	–	9	2	64	10	1	70	11	0
158	5	2	40-58	6	4	–	9	2	64	10	1	70	11	0
160	5	3	41-59	6	6	–	9	4	65	10	3	71	11	3
162	5	4	42-61	6	9	–	9	8	67	10	8	73	11	7
164	5	5	43-62	6	11	–	9	11	68	10	10	74	11	9
166	5	5	44-64	6	13	–	10	1	70	11	0	77	12	2
168	5	6	45-65	7	11	–	0	3	72	11	5	78	12	4
170	5	7	45-66	7	11	–	0	6	73	11	7	79	12	6
172	5	8	46-67	7	3	–	10	8	74	11	9	80	12	8
174	5	9	48-69	7	8	–	10	12	76	12	0	83	13	1
176	5	9	49-71	7	10	–	11	0	77	12	2	84	13	3
178	5	10	51-72	8	0	–	11	5	79	12	6	86	13	8
180	5	11	52-72	8	3	–	11	9	81	12	11	89	14	0

Cifre luate din tabelul Fogarty dar ajustate pentru a lua în considerare limita inferioară a intervalului accpetabil, sugerată de studiul Build 1979. Supraponderal: 110-119%; obez =>120% din limita superioară a intervalului acceptabil.

6. Oftalmologie

Traducere de Dr. **ROBERT NEGRU**

Termeni uzuali 546
Examenul globului ocular 548
Sfaturi pentru realizarea unei oftalmoscopii corecte 550
Partea externă a ochiului 552
Lacrimile şi procesul de lăcrimare 554
Tumefacţiile orbitrare 556
Nefrita oftalmică zosteriană 556
Mişcările globului ocular şi strabismul 558
Pupilele 560
Refracţia 562
Defectele de câmp vizual 564
Ochiul roşu 566
Alte cauze ale ochiului roşu: cornea şi conjuctivita 568
Atitudinea în cazul ulcerelor corneene 570
Pierderea bruscă şi nedureroasă a vederii 572
Pierderea treptată a vederii 576
Glaucomul simplu 578
Cataracta 580
Retina 582
    Anatomia 582
    Dezlipirea de retină 582
    Retinitis pigmentosa 583
    Retinoblastomul 583
Ochiul în diabetul zaharat 584
Ochiul în afecţiunile sistemice 586
Afecţiuni oculare tropicale 588
Traumatismele oculare 590
Orbirea şi vederea parţială 592
Vederea colorată 593
Medicamentele şi ochiul 594
Lentilele de contact 596
Blefarospasmul 598
Afecţiuni oculare alergice 598
Obiectele volante, stelele şi halourile 600

Sursa principală: DG Vaughan 1992 General Ophtalmology, Prentice-Hall, London

Termeni uzuali

Acomodare: Modificarea activă a formei cristalinului pentru a focaliza obiectele apropiate

Acuitate: O măsură a capacităţii de a vedea obiectele apropiate sau depărtate

Ambliopia: Reducerea acuităţii vizuale consecutive unor cauze optice neanatomice

Amsler, grila: O grilă test formată din linii care se intersectează şi care este folosită în depistarea scotoamelor

Aniseikonia: Informaţiile oferite de cei doi ochi nu coincid în ceea ce priveşte forma şi mărimea obiectelor

Anizocorie: Inegalitate a diametrului pupilar

Anizometropie: Defecte de refracţie diferite la cei doi ochi

Afakie: Lipsa cristalinului (ex: eliminarea chirurgicală consecutiv cataractei)

Astigmatism: Anomalii de densitate ale corneei sau cristalinului care împiedică focalizarea razelor într-un singur punct

Blefarită: Inflamaţie a pleoapelor

Blefaroptosis: Ptoză palpebrală

Cantus: Unghiul intern sau extrem făcut de pleoapele deschise

Chemosis: Edem conjunctival

Coroidă: Tunica vasculară situată între retină şi sclerotică

Corpul ciliar: Segment al uveii (tractul uveal) situat între iris şi coroidă; conţine procesele ciliare şi muşchiul ciliar (cu rol în acomodare)

Conjuctivita: Membrană mucoasă care acoperă partea anterioară a scleroticii şi faţa posterioară a pleoapelor

Cicloplegia: Paralizia muşchiului ciliar care împiedică acomodarea

Dacriocistita: Inflamaţia sacului lacrimal

Dioptria: Unităţi folosite pentru măsurarea puterii de refracţie a lentilelor

Ectropion: Pleoapele sunt întoarse spre înafară, permiţând astfel vizualizarea conjunctivei

Entropion: Pleoapele sunt întoarse spre înăuntru şi irită globul ocular

Epifora: Lăcrimare

Fornix: Limita dintre conjunctiva bulbară (sclerală) şi cea palpebrală

Foveea: Zona retiniană rotundă, bogată în celule cu conuri, având o importanţă vitală şi capabilă de o vedere 6/6

Fundus: Partea posterioară a globului ocular accesibilă oftalmoscopistului

Hippus: Mişcări ritmice, exagerate ale irisului

Keratoconus: Cornee având formă de con. Vezi p.596

Keratomalacie: Ramolire a corneei

Macula: Banda de retină avasculară care înconjură fovea

Metamorfopsia: Distorsiuni de tipul unor valuri care afectează câmpul vizual

6. Oftalmologie

Termeni uzuali

Meiotic: Agent care produce constricţia pupilară (ex: pilocarpină)

Midriatic: Agent care produce dilatare pupilară (ex: atropină)

Punct proximal: Punctul la care priveşte ochiul în condiţiile unei acomodări maxime

Papilită: Aspect oftalmoscopic care corespunde unei inflamaţii a papilei nervului optic

Poliosis: Depigmentarea pleoapelor

Presbiopie: Scăderea odată cu vârsta a acuităţii vizuale ca urmare a unui deficit de acomodare

Refracţie: Devierea radiaţiilor luminoase atunci când trec prin medii cu densităţi diferite sau determinarea erorilor de refracţie şi corectarea lor cu lentile

Retina: Tunica internă a ochiului ce conţine neuroni fotosensibili

Dezlipirea de retină: Separarea retinei de coroidă

Sclera: Albul ochiului care începe la periferia corneei

Scotom: Un defect care împiedică vizualizarea unei părţi din câmpul optic

Vederea: Perceperea imaginilor luminoase cu ajutorul cortexului occipital

Lampa cu fantă: Dispozitiv care iluminează şi amplifică imaginea ochiului anterior

Strabism: Devierea ochilor, astfel încât ei nu mai privesc în acelaşi punct

Tarsorafie: Procedură prin care se uneşte pleoapa inferioară de cea superioară

Tonometru: Dispozitiv pentru măsurarea presiunii intraoculare

Uvea: Irisul, corpul ciliar şi coroida

Vitros: Conţinut gelatinos al camerei posterioare, în spatele cristalinului

Xerosis: Uscarea anterioară a ochiului

Examenul globului ocular

Aspect extern: încearcă să stabileşti dacă ambii ochi au aceleaşi dimensiuni. Examinează simetria pleoapelor precum şi retracţia lor normală care se produce atunci când ochii privesc în sus. Ptoza palpebrală este reprezentată de pleoapa care cade şi care, deci, nu se retractă (p. 552). Examinează conjunctiva pentru inflamaţie. Examinează corneea cu o lupă, încercând să descoperi eroziuni; când le suspectezi, instilează fluoresceină 1% pentru a pune în evidenţă defectele epiteliului corneean, defecte care se colorează în verde.

Pupilele: Pupilele trebuie să aibă aceeaşi dimensiune. Ele trebuie să-şi micşoreze diametrul atunci când se proiectează lumină pe rând în fiecare ochi precum şi atunci cînd procesul de acomodare focalizează privirea asupra unui obiect apropiat.

Mişcările extraoculare: Testarea este foarte importantă la cei cu diplopie (p. 558). Roagă pacientul să privească un creion pe care îl mişti orizontal, apoi vertical. Evită extremităţile câmpului vizual unde incapacitatea de a menţine fixaţia va stimula nistagmusul.

Acuitatea: Astfel se măsoară vederea centrală dar nu se vor detecta pierderile de câmp vizual. ▶*Testează întotdeauna acuitatea vizuală deoarece scăderea bruscă a acuităţii este un semn grav.* În mod ideal se foloseşte optotipul Snellen, dar o testare rapidă se poate realiza evaluând capacitatea pacientului de a citi o carte tipărită cu litere mici; procesele patologice afectează mai frecvent vederea de aproape decât pe cea de departe. Persoanele care nu pot citi caracterele N5 cu ochelari de citit sau cu ajutorul unui orificiu punctiform necesită o evaluare de către un specialist. Optotipul Snellen este citit cu fiecare ochi de la distanţa de 6 metri. Ultima linie citită corect va indica acuitatea vederii la distanţă în cazul ochiului respectiv. Optotipul este construit în aşa fel încât linia de sus poate fi citită de o persoană cu vedere normală de la o distanţă de 60 de metri, următoarea linie poate fi citită de la 36 de metri, iar celelalte de la 24, 12, respectiv 6 metri. Acuitatea se exprimă sub forma unor rapoarte 6/60, 6/36, 6/24, 6/12 sau 6/6 (acest ultim raport corespunzând vederii normale) în funcţie de numărul de linii citite de către pacient. La persoanele care poartă de obicei ochelari, acuitatea vizuală se determină folosind ochelarii. Dacă pacientul nu are ochelarii la el, testează-i acuitatea vizuală rugându-l să privească printr-un orificiu punctiform pentru a minimaliza erorile de refracţie. În cazul unei acuităţi mai mici de 6/60, pacientul trebuie apropiat de optotip la o distanţă la care poate vedea literele de sus (ex: la 4 metri), iar acuitatea vizuală se exprimă în funcţie de această distanţă (4/60). Altă metodă constă în a ruga pacientul să precizeze numărul de degete pe care le poate vedea la 6 metri, iar în cazurile mai grave testează dacă vede lumina. Evaluarea vederii de aproape se face folosind caractere standard plasate la 30 cm. Pentru acuitatea vizuală necesară şofatului, vezi p.543.

Câmpurile vizuale: Rogă pacientul să privească la nasul tău şi să precizeze atunci când sesizează pătrunderea în câmpul vizual (pentru fiecare ochi în parte) a unui deget sau a unui ac de pălărie cu capăt roşu (celălalt ochi fiind acoperit). Prin comparaţie cu câmpul tău vizual vei putea depista defectele majore. Pentru testarea cu precizie a câmpurilor vizuale este necesară perimetria. Trebuie testat şi conturul defectului de câmp vizual.

Oftalmoscopia: Oferă informaţii asupra structurilor oculare aflate în spatele irisului. Aşează-te în faţa pacientului care fixează un obiect adecvat. Foloseşte ochiul tău drept pentru a examina ochiul drept al pacientului (şi stângul pentru ochiul stâng al pacientului). Începe cu numerele + mari (roşu) pentru a depista opacităţile cristalinului. În cazul unui ochi normal se observă un reflex roşu (o strălucire roşie) până când lumina este focalizată pe retină. Absenţa reflexului roşu apare în cazul cataractelor dense şi a hemoragiilor intraoculare. Când fasciculul este focalizat pe retină, examinează cu atenţie discul optic (trebuie să aibă limite precise şi o depresiune centrală, p.578). Notează paloarea sau edemul. Dilată pupila (p.594) pentru a examina vasele şi macula (roagă să privească spre fasciculul luminos).

Examenul cu lampa cu fantă: Se foloseşte în spitale, realizează o amplificare a imaginii corneei (pentru depistarea corpilor străini şi eroziunilor). Evidenţiază bine depozitele existente în camera anterioară şi posterioară (în irită). Procedeele tonometrice permit măsurarea presiunii intraoculare.

Sfaturi pentru realizarea unei oftalmoscopii corecte:

- Asigură-te că bateriile sunt încărcate;
- Fă cât mai întuneric în cameră;
- Îndepărtează atât ochelarii pacientului cât şi pe ai tăi şi alege lentile potrivite pentru a corecta erorile de refracţie rezultate astfel (lentilele cu - corectează miopia, lentilele cu + corectează hipermetropia);
- Dacă pacientul are o miopie gravă sau afakie, încearcă să-l examinezi în timp ce acesta poartă ochelarii. Discul va apărea foarte mic;
- Dacă oftalmoscopia ţi se pare dificilă atunci când foloseşti ochiul nedominant, încearcă să foloseşti ochiul dominant pentru examinarea *ambilor* ochi în timp ce eşti aşezat în spatele pacientului care menţine gâtul în hiperextensie;
- întotdeauna verifică cristalinul pentru a descoperi eventualele opacităţi înainte de a începe examinarea fundului de ochi;
- întotdeauna stai suficient de aproape de pacient, chiar dacă unul dintre voi a mâncat usturoi;
- Gândeşte-te la utilizarea unui midriatic cu acţiune scurtă pentru a dilata pupila (p.594);
- Nu uita că cele mai multe rupturi retiniene sunt periferice şi se observă cu dificultate în absenţa unui echipament special, chiar atunci când realizezi dilatarea pupilei.

N. 48

El s-a deplasat

N. 36

în direcţia câtorva

N. 24

persoane care sporovăiau. El

N. 18

ştia atât de precis cine va strănuta prin

N. 14

uşa deschisă. Dacă ar mai fi fost încă

N. 12

încă un an de pace, batalionul ar fi făcut
un sistem de drenaj proiectat

N. 10

O cantitate mare de zăpadă a căzut în linişte lîngă resturile uleioase

N. 8

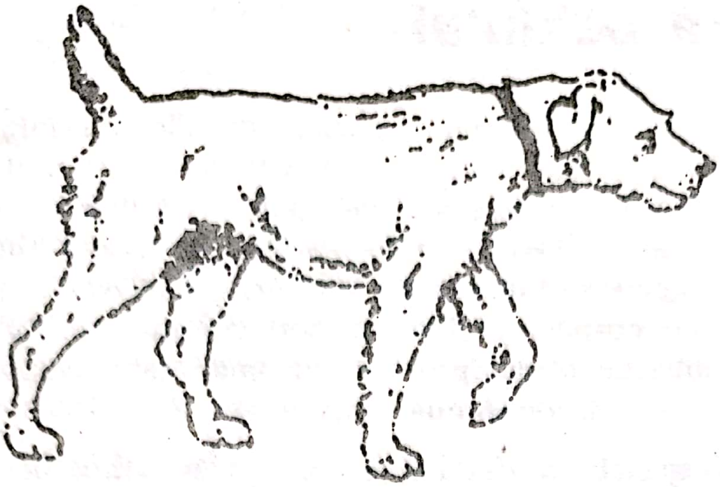
Ne am deplasat la bătrînul şi întunecosul nostru alun. Clasicele ouă sunt acum numărate

N. 6

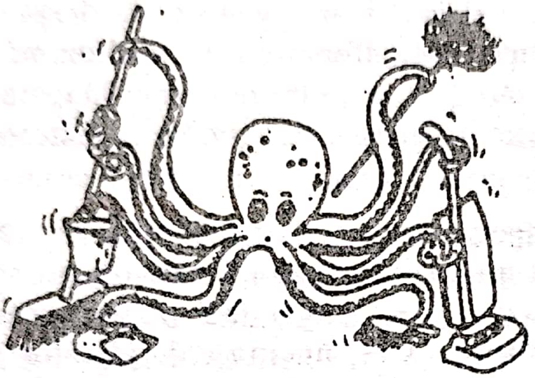
Am fost instruiţi de către verişorul meu Vasile să nu exersăm făcând vizite la ţară

N. 5

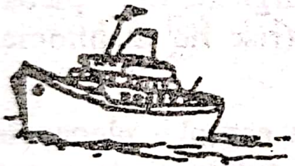
Americanul modern nu este superior perechii de căţeluşi de bronz.

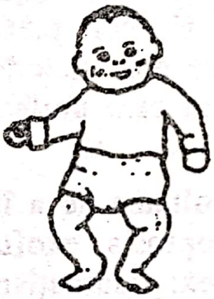


H



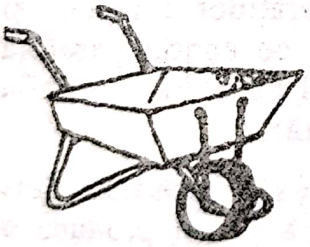
T

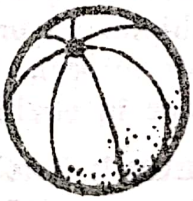




O Y

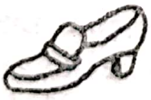
H U V

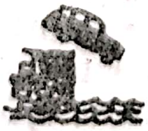


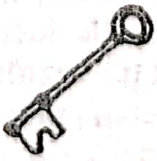


A T Y M

X O W U H







Y U V T X O

A W I M H Y T

Partea externă a ochiului

Entropion: Este o rotaţie spre interior a pleoapelor. Pleoapa inferioară este mai frecvent afectată. Este cauzat de obicei de modificările degenerative ale conexiunilor aponevrotice ale pleoapelor inferioare şi a musculaturii înconjurătoare; în UK este rar la persoanele având sub 40 de ani. Pe măsură ce pleoapele se întorc spre interior, genele vor veni în contact şi se vor freca de cornee, iritând în mod continuu ochiul. Alipirea pleoapelor (inferioare) de obraji provoacă o ameliorare temporară; corecţia chirurgicală are efecte de durată mai lungă.

Ectropion: Apare la persoanele în vârstă şi la cei cu paralizii de nerv facial. Se produce o eversiune a pleoapei inferioare ceea ce are drept consecinţă iritarea ochiului, epifora (punctele de drenaj ale lacrimilor nu mai sunt aliniate) şi, uneori, keratita secundară expunerii corneii la mediul extern. Chirurgia plastică poate corecta anomalia, dar problema este complicată de apariţia paraliziei faciale.

Ptoza: Constă în căderea pleoapei superioare. În condiţiile normale marginea sa inferioară este situată la mijlocul distanţei dintre limbul superior şi marginea pupilară superioară. *Cauze* • Congenitală (absenţa nervului muşchiului ridicător al pleoapei superioare, un muşchi ridicător slab dezvoltat); • Mecanică (edem, xantelasma sau tumoră a pleoapei superioare); • Miogenică (distrofie musculară, miastenia gravis); • Neurologie (paralizia nervului III, p.558; sdr. Horner, p.560 - ptoză uşoară). Ptoza congenitală trebuie corectată precoce prin metode chirurgicale dacă pleoapele acoperă pupila sau dacă ptoza este unilaterală (risc de ambliopie, ex: anopie).

Lagoftalmos: Constă în dificultatea de a închide complet pleoapele în faţa globului ocular. *Cauze:* proptosis, exoftalmia, tulburări de cauză mecanică a motilităţii palpebrale (ex: traumatisme sau arsuri palpebrale), lepră, paralizia muşchiului orbicular al pleoapelor care provoacă ptoza pleoapei inferioare. Are drept consecinţă apariţia ulceraţiilor corneene şi a keratitei. Asigură lubrifierea ochiului cu unguente ce conţin parafină lichidă. În cazul apariţiei ulceraţiilor corneene poate fi necesară tarsorafia temporară (sutura celor două pleoape în poziţie alipită).

Ulciorul (hordeolum externum): Este un abces al glandelor Zeis şi Moll aflate la baza genelor. Ele proemină în afară şi pot produce o inflamaţie extensivă a pleoapelor. Tratamentul se realizează prin aplicarea locală de unguente cu antibiotice (ex: cloramfenicol). Mai rar întâlnit este *hordeolum internum,* care este un abces al glandelor Meibomiam. Ele proemină spre interior, produc o reacţie locală de intensitate mai redusă, dar în urma lor rămâne o tumefacţie reziduală denumită chalazion sau chist Meibomian (chist tarsal). Tratamentul acestor tumefacţii reziduale constă în incizie şi chiuretaj sub anestezie asociate cu aplicare locală de unguente cu antibiotic (ex: cloramfenicol) timp de câteva zile postoperator.

Blefarita: Este o inflamaţie a pleoapelor care se poate datora infecţiei locale (ex: stafilococice) sau poate fi asociată cu dermatită seboreică. Ochii au margini eritematoase, pruriginoase, care ustură ("ard") şi pot prezenta debri-uri la nivelul genelor. Tratează cu spălături regulate cu soluţie salină, unguente cu antibiotice (ex: cloramfenicol). Dacă inflamaţia persistă, ia în considerare adăugarea unei creme cu hidrocortizon 1%.

Pinguecula: Sunt noduli degenerativi galbeni ce apar pe conjunctivă de ambele părţi ale corneei (în mod caracteristic pe versantul nazal) mai des la adulţi. Dacă se inflamează (pingueculită) – pot răspunde la aplicarea locală de steroizi. Dacă apasă asupra corneei, cum se întâmplă la cei ce activează în medii cu praf sau cu vânt, se foloseşte termenul de *pterygium* (poate fi necesară intervenţia chirurgicală).

Ulceraţii dendritice: Sunt ulcere corneene cauzate de virusul *Herpes simplex.* Ele pot produce fotofobie şi epifora (hiperlăcrimare). Dacă în aceste situaţii se aplică local unguente cu steroizi se produc ulceraţii masive cu risc de orbire. *Diagnostic:* picăturile de fluoresceină 1% vor colora leziunea. *Tratamentul* se realizează cu acyclovir – unguent ocular 3% aplicat de 5 ori/zi, timp de încă cel puţin 3 zile după vindecarea completă.

Lacrimile şi procesul de lăcrimare

Glandele lacrimale se află situate pe versantul temporal superior al orbitei.

Filmul lacrimal care acoperă suprafaţa ochiului drenează prin punctele lacrimale (aflate în partea medială a pleoapelor superioară şi inferioară), în sacul lacrimal, canalul lacrimal şi de aici în meatul inferior (imediat lateral faţă de cornetul inferior) şi în fosele nazale. Senzaţia de "ochi uscat" se poate datora unei secreţii lacrimale insuficiente, în timp ce "ochii apoşi" pot fi consecinţa blocării sistemului de drenaj.

Dacriocistita acută. Este inflamaţia acută a sacului lacrimal care se poate extinde la ţesuturile înconjurătoare, însoţindu-se astfel de semne sistemice. Formarea unor abcese locale poate necesita drenaj.

Dacriocistita infantilă. La sugar canalul nazo-lacrimal poate să nu fie permeabil la naştere, iar la deschiderea sa completă este posibil să nu se realizeze înainte de vârsta de trei luni. Sacii lacrimali se infectează şi se produce o secreţie lipicioasă. Mama va trebui să maseze ritmic sacul lacrimal pentru a produce golirea acestuia iar apoi trebuie să aplice unguente oculare cu antibiotic. Dacă după mai multe luni de aplicare a acestui tratament, el eşuează, trebuie luată în considerare permeabilizarea instrumentală sub anestezie a canalului lacrimal.

Dacriocistita cronică. Are tendinţa de a apărea la persoanele de vârstă medie şi înaintată. Sacul lacrimal este destins şi există o scurgere muco-purulentă la nivel ocular precum şi blocarea canalului nazo-lacrimal. Spălarea sistemului lacrimal trebuie realizată precoce în evoluţia bolii în încercarea de a-l curăţa pe acesta; uneori spălăturile trebuie repetate. În unele cazuri poate fi necesară dacriocistorinostomia.

Dacroadenita: Evoluează cu durere şi tumefacţie localizate la nivelul versantului temporal al pleoapei superioare, care poate lua forma literei S. Cauza poate fi virală (virus gripal, pojar, oreion), dar şi gonococul poate fi implicat ca agent etiologic. Tumefacţia cronică poate apărea în sarcoidoză, TBC, leucemia limfatică sau limfosarcom.

Producţia de lacrimi. Volumul lacrimilor existente *în* condiţiile normale la nivelul ochiului este de aproximativ 6 µl, *rata* turnoverului fiind de 1,2 µl/min. Lacrimile conţin electroliţi în concentraţii similare celor plasmatice; conţinutul proteic al lacrimilor este crescut, în special în IgA. Lichidul lacrimal conţine de asemenea lizozim şi lizina care au proprietăţi antibacteriene.

Sindromul "ochiului uscat" (Keratoconjunctivita sicca). Se poate datora unei producţii scăzute de lacrimi de către glandele lacrimale [sdr. Sjögren asociat unor boli ale ţesutului conjunctiv (în special poliartrita reumatoidă), oreionului, sarcoidozei, amiloidozei, limfoamelor, leucemiei, hemocromatozei, atropinei, diureticelor, vârstei înaintate]; unei evaporări crescute a lacrimilor (Keratita post-expunere) sau unui deficit de mucus în lacrimi (avitaminoza A, sdr. Stevens-Johnson, pemfigoidul, arsurile chimice). La pacienţii având acest sindrom, colorarea corneei cu Roz-Bengal va evidenţia orice leziune epitelială. Testul Schirmer (se aplică o bandă îngustă de hârtie de filtru sub pleoapa inferioară, lacrimile trebuie să umezească >15 mm în 5 min) va evidenţia o producţie scăzută de lacrimi. Tratamentul simptomatic include folosirea lacrimilor artificiale.

Epifora (hiperlăcrimare, "ochi apoşi") *Cauze:* Eroziuni corneene sau corpi străini, conjunctivite, irite, glaucomul acut, entropion, blocarea sistemului de drenaj lacrimal, paralizia Bell.

Tumefacţiile orbitare

Leziunile situate la nivelul oaselor orbitei au tendinţa de a evolua cu proptosis exoftalmic) indiferent de originea lor.

Proptosis-ul (protruzia conţinutului) este un semn deosebit de important care atrage atenţia asupra unor probleme intraorbitare. Dacă presiunea exercitată în orbită este excentrică, atunci se va produce o deviaţie a globului ocular şi diplopie. Durerea orbitară are de obicei originea în structurile învecinate (ex: sinuzita).

Celulita orbitară. Rezultă de obicei ca urmare a extinderii infecţiei de la sinusurile paranazale. În interiorul orbitei se produce o inflamaţie acută ce se însoţesc de febră, edem palpebral, proptosis şi imobilitatea globului ocular. Internează pacientul în spital pentru tratament prompt. Administrarea sistemică de antibiotice ex: cefuraxime 1,5 g/8h IV (la copil 20 mg/kg/8 h) este necesară pentru a preveni extinderea procesului la meninge şi tromboza sinusului cavernos. Există şi riscul de orbire ca urmare a compresiunii nervului optic sau trombozei vaselor nutritive ale nervului.

Fistula carotido-cavernoasă. Este de obicei consecinţa rupturii unui anevrism carotidian cu refluarea sângelui la nivelul sistemului cavernos. Se produce o congestie a vaselor sanguine ale ochiului cu edem conjunctival şi palpebral. În mod clasic, exoftalmia este descrisă ca fiind pulsatilă. La nivelul ochiului se ascultă un suflu puternic. De obicei simptomele se remit în mod spontan. Uneori poate fi necesară ligatura carotidiană.

Tumorile orbitare. Neoplasmele orbitare primare sunt rare (angioame, tumori dermoide, meningioame sau glioame de nerv optic). Tumorile secundare sunt mai frecvente. Reticulozele pot forma depozite orbitare (examinează ficatul, splina, ganglionii limfatici; fă o hemogramă completă). La copii, exoftalmia unilaterală poate fi primul semn al unui neuroblastom. Rareori tumorile nazofaringiene pot invada orbita – ca în cazul mucocelelor şi piocelelor având originea în sinusurile etmoidale şi frontale. Imaginile orbitei obţinute prin CT oferă o reprezentare clară a acesteia.

Hipertiroidismul poate produce exoftalmie (p.586).

Nevrita oftalmică zosteriană

Este o infecţie zosteriană care afectează primul ram al nervului trigemen. Periocular apare o erupţie veziculară pe un fond eritematos însoţită de semne pronunţate de inflamaţie şi care poate fi precedată de durere, parestezii sau hipoestezie în acelaşi teritoriu. La 50% din cei cu nevrită oftalmică apare şi afectarea globului ocular, aceasta constând în leziuni corneene (40-77% din cazuri) şi irita (50-60% din cazuri). Interesarea pleoapei sau a vârfului nasului (ramul nasociliar al nervului V) înseamnă în mod invariabil afectare oculară, dar afectarea oculară poate fi prezentă şi în absenţa unei erupţii evidente. *Prezentare:*

- Conjunctivita mucopurulentă
- Leziuni limbice🖫
- Noduli dureroşi preauriculari
- Episclerita
- Scăderea acuităţii vizuale
- Paralizia nervului V
- Irita (± atrofie)
- Distorsiuni pupilare
- Atrofie optică

Tratament: Administrează acyclovir 800 mg de cinci ori pe zi PO, timp de 7 zile pentru a reduce răspândirea virusului,🖫 pentru a scurta timpul de vindecare şi a reduce incidenţa de apariţie a noilor leziuni. Începe tratamentul în primele 4 zile de la debutul simptomatologiei. Este recomandabil ca toţi pacienţii cu nevrită oftalmică să fie examinaţi cu o lampă cu fanta de către un specialist pentru a exclude irita. Uneori poate fi necesară administrarea prelungită a picăturilor oculare cu steroizi.

Mişcările globului ocular şi strabismul

Termenul de *ortoforie* se referă la globii oculari care prezintă un echilibru oculomotor perfect în starea binoculară. *Ph(f)oria* se referă la o mişcare care perturbă alinierea globilor oculari; exoforia se referă la strabismul divergent, iar esoforia la strabismul convergent. Pliurile epicantice proeminente (diagrama) pot produce pseudostrabism.

Strabismul non-paralitic. Îşi are debutul în copilărie. Globul ocular poate efectua toată gama de mişcări. Acest tip de strabism poate fi constant sau nu. În cazul în care este constant, el necesită o atenţie specială, deoarece în condiţiile în care nu este tratat se însoţeşte de riscul deteriorării vederii.

Diagnostic: Este dificil, ex: la copiii necooperanţi. Teste de screening
1 Reflexia corneeană: reflexia razelor provenite de la o sursă puternică de lumină scade central şi simetric pe fiecare cornee în absenţa strabismului; în prezenţa strabismului reflexia este asimetrică.
2 Testul de acoperire a ochiului: mişcarea ochiului neacoperit care încearcă să realizeze fixaţia în timp ce celălalt ochi este acoperit va scoate în evidenţă strabismul manifest. Strabismul latent este evidenţiat de mişcarea ochiului acoperit în momentul când se înlătură acoperământul.

Strabismul convergent (esotropia). Este tipul cel mai întâlnit la copii. Poate fi idiopatic sau poate fi cauzat de hipermetropism (p.562) ochiului strabic. Dacă ochiul nu primeşte informaţii referitoare la fixaţie atunci este posibil ca vederea să nu se dezvolte niciodată satisfăcător la acel ochi (care va prezenta *ambliopie ex: anopsie*).

Strabismul divergent (exotropia). Tinde să apară la copiii mai mari şi deseori este intermitent. Ambliopia constituie mult mai rar o problemă.

Tratament Evaluează ochii după administrarea de instilaţii oculare cu atropină; cicloplegia permite o determinare obiectivă a stării de refracţie a ochilor; midriaza permite o vizualizare bună a eventualelor anomalii intraoculare, ex: cataracta, cicatrice maculare, retinoblastoame, atrofia optică. Se pot prescrie ochelari pentru a corecta erorile de refracţie. Ochiul bun poate fi acoperit pentru a stimula folosirea celui ce are tendinţa spre strabism. Intervenţiile chirurgicale (rezecţia muşchilor drepţi) pot contribui la realizarea alinierii şi pot avea rezultate cosmetice bune.
Tratamentul trebuie început în momentul descoperirii strabismului şi încheiat în jurul vârstei de 7 ani.

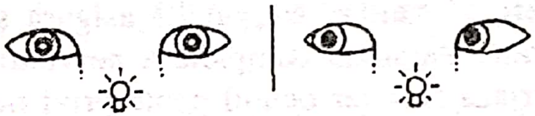
Strabismul paralitic. Diplopia este mai accentuată în momentul în care se îndreaptă privirea în direcţia de tragere a muşchiului paralizat. Când separarea celor doua imagini este maximă atunci imaginea realizată de ochiul paralizat este situată în punctul cel mai depărtat faţă de linia mediană şi este cea mai slabă.

Paralizia nervului III (oculomotorul comun) Ptoza, proptosis (prin scăderea tonusului drepţilor), dilataţie pupilară fixă, ochiul poate privi în jos şi în afară. Cauze: p. 560.

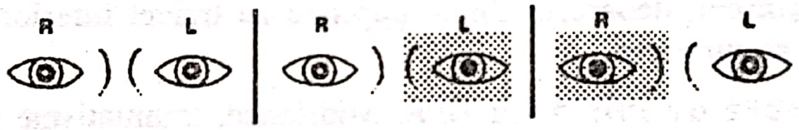
Paralizia nervului IV (trohlear). Se însoţeşte de diplopie şi pacientul îşi va menţine capul rotit (torticolis ocular). Globul ocular este ridicat în adducţie şi nu poate privi în jos şi intern (muşchiul oblic superior este paralizat). Cauze: traumatisme 30%, diabet 30%, tumori, idiopatice.

Paralizia nervului VI (abducens). Există diplopie în plan orizontal. Globul ocular este deviat intern şi nu poate fi deplasat extern faţă de linia mediană ca urmare a paraliziei muşchiului drept extern. Cauze: tumori (compresie nervoasă pe marginea stâncii osului temporal), traumatisme ale bazei craniului, cauze vasculare.

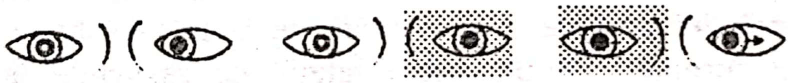
Testul de acoperire



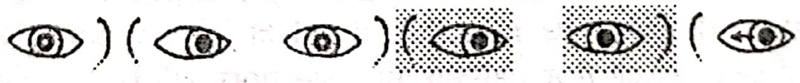
Pseudostrabismul Pliurile epicantice largi pot realiza aspectul de strabism la nivelul ochiului care priveşte spre nas. Alinierea corectă a ochilor este confirmată de reflexia corneeană.



Normal. Reflexia corneeană confirmă alinierea corectă. Nici unul dintre globii oculari nu se mişcă atunci când ei sunt acoperiţi alternativ.



Strabism stâng convergent. Reflexia corneeană arată lipsa alinierii. Când ochiul drept este acoperit, ochiul stâng se deplasează în afară pentru a prelua fixaţia.



Strabism stâng divergent. Reflexia corneeană arată lipsa alinierii. Când ochiul drept este acoperit, ochiul stâng se deplasează spre interior pentru a prelua fixaţia.

NB dacă există **fixaţie excentrică** (adică vederea foveală este atât de slabă încât nu este utilizată pentru fixaţie) ochiul deviat nu se va deplasa pentru a prelua fixaţia. Reflexia corneeană arată lipsa alinierii. Testul de acoperire se bazează pe capacitatea de fixaţie a ochiului.

Pupilele

Inegalitatea pupilară. Perceperea luminii de către retină declanşează impulsuri care sunt transmise spre emisferele cerebrale prin nervul optic (calea aferentă), iar constricţia pupilară este mediată de nervul oculomotor (nervul cranian III) care constituie calea eferentă. Sistemul nervos simpatic este responsabil de dilatarea pupilei prin intermediul nervilor ciliari.

Perturbări ale căii aferente (absenţa răspunsului fotomotor direct). Pupila nu va răspunde la lumină dar se va micşora dacă proiectăm lumina în ochiul celălalt (răspuns consensual). Cauze: nevrita optică, atrofie optică, afecţiuni retiniene. Pupilele au aceleaşi dimensiuni (răspunsul consensual este normal). Dacă se utilizează testul Marcus-Gunn al luminii oscilante, atunci ochiul afectat va prezenta dilataţie pupilară când lampa se depărtează de ochiul sănătos şi se apropie de cel bolnav. Constricţia ce apare în cadrul acomodării se menţine.

Perturbări ale căii aferente. Nervul III asigură şi mişcările oculare şi retracţia palpebrală. Paralizia completă a nervului III se însoţeşte de ptoză completă, midriază fixă iar ochiul poate privi numai în jos şi în afară. Cauze: leziuni ale sinusului cavernos, sindromul de fisură orbitară superioară, diabetul zaharat, anevrism de arteră superioară. Dilataţia pupilară apare precoce în cazul afecţiunilor intrinseci (ex: diabet) comparativ cu cele extrinseci, deoarece fibrele pupilare au traiect inferior, la distanţa de cauzele compresive.

Alte cauze de midriază fixă. Midriatice, traumatisme (care interesează irisul), glaucomul acut (MMC, p.676-7).

Pupila Adie-Holmes. Aceasta apare mai ales la femeile tinere. Ca urmare a paraliziei parţiale a acomodării se instalează brusc o tulburare a vederii de aproape. Pupila este dilatată, nu răspunde la lumină iar reacţia de acomodare este foarte lentă. Dacă sunt absente şi reflexele ahilian şi rotulian este vorba de un sindrom Adie-Holmes.

Sindromul Horner. Acesta apare în condiţiile dezaferentării simpatice a irisului. Pupila este meiotică şi există o ptoză palpebrală parţială, dar amplitudinea mişcărilor palpebrale este normală (inervaţia muşchiului ridicător al pleoapei provine din nervul III). Pupila nu se dilată la întuneric. Lipsa transpiraţiei indică de obicei o leziune proximală plexului carotidian; dacă leziunea este distală – după separarea fibrelor sudomotorii – transpiraţia se face normal. Cauze: • ocluzia arterei cerebeloase postero - inferioare sau a arterei bazilare • scleroza multiplă • leziuni hipotalamice • siringomielia pontină • tromboza sinusului cavernos • tumori ale măduvei cervicale, ale mediastinului sau tumori Pancoast • anevrism de aortă • guşă • paralizie Klumpke (p.818) • limfadenopatie cervicală.

Pupila Argyll-Robertson. Apare în neurosifilis şi diabet zaharat. Constă în meioză bilaterală cu iregularitate pupilară. Nu există răspuns fotomotor, dar se poate realiza acomodarea (pupila prostituatei acomodează dar nu reacţionează la lumină). Mezodermul irisului este spongios, pupilele se dilată slab şi poate exista un grad de ptoză.

Cauzele disociaţiei reflex fotomotor - acomodare (răspuns negativ la lumină, pozitiv la acomodare): pupila Argyll Robertson, sindromul Adie - Holmes; meningita; alcoolism; leziuni tectale ex: pinealom; leziuni mezencefalice; leziuni talamice. Conexiunea tractului optic cu nucleul Edinger-Westphal este întreruptă, dar conexiunile corticale profunde rămân intacte ceea ce explică integritatea acomodării.

Refracţia

Erorile de refracţie îşi au originea în tulburările de formă şi mărime ale globului ocular. O refracţie corectă depinde de distanţa dintre cornee şi retină, de curbura cristalinului şi corneei.

Miopia. Globul ocular este prea lung. Pentru orice ochi, cu cât un obiect se apropie de ochi, cu atât imaginea lui se formează mai în spate. În cazul ochiului miopic, imaginea unui obiect apropiat se va forma pe retină, în timp ce pentru a focaliza corect imaginea obiectelor mai îndepărtate (a căror imagine se formează în faţa retinei) este necesară utilizarea unor lentile concave.

În cursul creşterii normale, modificările în curbura globului ocular şi a cristalinului compensează creşterea în lungime a globului ocular. În cazul copiilor miopi, acest fenomen nu se mai produce. Corneea şi cristalinul nu asigură o compensare adecvată în timpul creşterii, aşa încât miopia tinde să se agraveze odată cu înaintarea în vârstă. Deşi un număr mic de copii se nasc miopi, marea lor majoritate nu devin miopi până în preajma vârstei de 6 ani. Miopia se va agrava continuu până la adolescenţă, când modificările încetează la majoritatea pacienţilor. De aceea, este important pentru copiii cu miopie să efectueze în mod regulat controale oftalmologice deoarece sunt necesare modificări ale ochelarilor: în unele cazuri aceste modificări se fac şi la 6 luni. La persoanele în vârstă agravarea miopiei poate indica dezvoltarea unei cataracte. La o mică proporţie de adulţi miopia determină consecinţe grave mai târziu, ca urmare a degenerescenţei secundare a vitrosului şi retinei care vor duce la agravarea tulburărilor de vedere.

Hipermetropia. Se datorează unui glob ocular care este prea scurt. Obiectele aflate la distanţă, care îşi formează imaginea mai în faţă vor putea fi, aşadar, văzute în timp ce obiectele apropiate, care în condiţii normale îşi vor focaliza imaginea mai în spate şi nu vor putea fi văzute clar. Ochiul este prevăzut cu o lentilă convexă pentru a focaliza imaginea obiectelor apropiate (atunci când cristalinul se află în repaus, el asigură focalizarea imaginii obiectelor apropiate). Cu vârsta, cristalinul natural devine mai rigid şi se deformează mai greu, ceea ce face ca focalizarea imaginii obiectelor apropiate să se facă mai dificil – ca urmare cu vârsta se dezvoltă o hipermetropie (presbiopie) şi sunt necesari ochelari pentru citit. Debutul acestor modificări cristaliniene se face în jurul vârstei de 40 de ani şi sunt complete în jurul vârstei de 60 de ani. Hipermetropia se corectează cu lentile convexe care asigură formarea imaginii obiectelor apropiate pe retină.

Astigmatismul. Apare atunci când corneea sau cristalinul nu au acelaşi grad de curbură în plan orizontal şi vertical, iar imaginea obiectelor apare distorsionată fie longitudinal, fie vertical. Lentilele corectoare compensează anomalia în mod corespunzător. Astigmatismul poate apărea izolat sau asociat cu miopia sau hipermetropia.

Defectele de câmp vizual

Când evaluăm defectele câmpului vizual este important să stabilim dacă defectul afectează un singur ochi sau este bilateral, dacă are limite nete, dacă este localizat la nivelul meridianelor verticale sau orizontale precum şi care este gradul afectării acuităţii vizuale. Leziunile care au un debut brusc sunt de obicei consecinţa unor cauze vasculare.

Leziunile retiniene produc defecte de câmp vizual localizate la un singur ochi, iar în cazul dezlipirii de retină şi a ocluziilor vasculare ce interesează vasele mici şi mai rar pe cele centrale, apar defecte având limitele la nivelul meridianelor orizontale. Defectele de câmp vizual datorate leziunilor de nerv optic sunt centrale, asimetrice şi unilaterale – acuitatea este deseori afectată. Când leziunile sunt distale faţă de chiasma optică defectele câmpului sunt bilaterale, acuitatea nu este de obicei afectată (deşi obiectele din câmpul afectat nu pot fi vizualizate) iar limitele sunt situate în meridianul vertical.

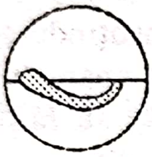
Teste. *Identificarea degetului.* Pacientul priveşte fix la nasul examinatorului şi semnalează apariţia unui deget în toate câmpurile investigate, comparativ cu câmpul vizual al examinatorului.

Identificarea acului de pălărie: Pacientul se aşază la un metru distanţă de examinator şi îşi fixează privirea asupra unui obiect aflat la distanţă. Pentru definirea meridianelor verticale, pentru precizarea dimensiunilor petelor "oarbe" şi pentru precizarea limitelor unui eventual scotom se folosesc ace de pălărie roşii sau albe. Dacă scotomul este "absolut" atunci acul va dispărea complet. Dacă scotomul este relativ, atunci imaginea sa va deveni mai ştearsă în momentul când el se deplasează de-a lungul scotomului, contrastând cu imaginea clară şi strălucitoare ce se obţine în câmpurile vizuale neafectate. Uneori leziunile precoce având sediu pituitar sau occipital posterior se pot însoţi de prezenţa unor scotoame centrale.

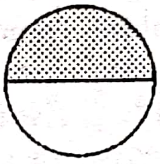
Leziunile chiasmei optice se pot însoţi de un fenomen în care dacă două obiecte colorate identice sunt prezentate unui singur ochi, fiind plasate în cele două jumătăţi verticale ale câmpului vizual (ex: ochiul drept), unul va apărea mai strălucitor şi mai precis delimitat decât celălalt (ex: pentru ochiul drept, hemicâmpul stâng este mai strălucitor decât cel drept). Există şi alte metode mai sofisticate de testare a câmpurilor vizuale, cum ar fi: analizatorul Goldman, ecranele Bjerrum, perimetrele Lister, grilele Amsler.

Localizarea sediului leziunii. Părţile superioare ale câmpului vizual îşi formează imaginea în părţile inferioare ale retinei, părţile temporale în partea nazală a retinei şi vice versa. Fibrele nervoase care provin de la retina nazală a ambilor ochi se încrucişează la nivelul chiasmei optice pentru a se alătura fibrelor provenite de la retina temporală şi care nu se încrucişează. O tumoră hipofizară poate leza chiasma afectând fibrele încrucişate provenite de la retina nazală şi producând astfel defecte ale ambelor câmpuri temporale. Dacă tumora va creşte excentric, se poate adăuga şi un scotom central. Fibrele care se încrucişează îşi menţin poziţia (fibrele superioare sunt situate superior). De la chiasma optică fibrele intră în alcătuirea tractului optic, ajungând la corpul geniculat lateral, iar apoi prin radiaţiile optice la cortexul optic. Tumorile de lob temporal pot produce o quadrant-anopie homonimă superioară controlaterală. Leziunile cortexului vizual posterior produc pierderea vederii centrale (cortexul vizual anterior este responsabil de vederea periferică).

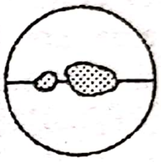
Scotoame



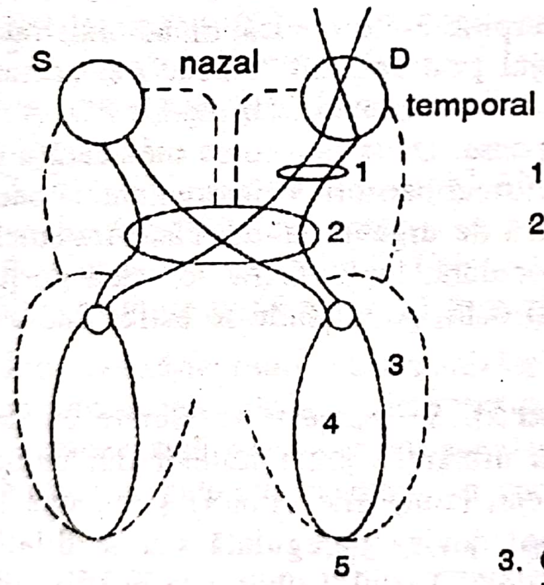
Scotom arcuat – glaucom moderal

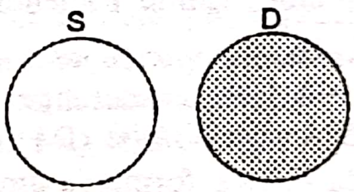


Defect unilateral întâlnit în cazul ocluziei arteriale, retiniene sau dezlipirii retinei inferioare

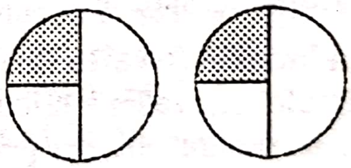


Scotom central în denerescenţa trombozei ramurilor venei maculare sau edemul macular

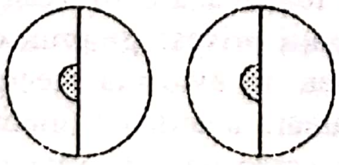




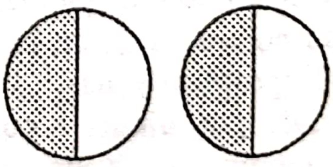
1. D-leziune a nervului optic
2. Leziune a chiasmei - tulburări complexe care depind de categoria fibrelor care sunt cele mai afectate.



3. Quadrantanopia superioară stângă produsă de leziuni ale lobului temporal drept



5. Scotom homonim stâng datorat unei leziuni situate la vârful lobului occipital drept.



4. Hemianopie homonimă produsă de leziuni care afectează toate radiaţiile optice drepte sau cortexul vizual

Ochiul roşu

Cel mai adesea ochiul roşu se însoţeşte de durere. Unele cauze pun în pericol vederea şi necesită supraveghere specializată (glaucom acut, irită acută, ulcere corneene) în timp ce altele pot fi tratate mai uşor (episclerita, conjunctivita, hemoragiile conjunctivale spontane). Examinează cu atenţie orice ochi roşu şi evaluează acuitatea vizuală, starea corneei (utilizează picături cu fluoresceina p.568) şi reflexele pupilare.

Glaucomul acut (cu unghi închis). Este o afecţiune a vârstei medii şi înaintate. Atacul acut unilocular este precedat în mod frecvent de tulburări de vedere sau halouri în jurul surselor de lumină – mai ales noaptea. Cauza este reprezentată de blocarea drenajului umorii apoase din camera anterioară prin canalul Schlemm. Midriaza nocturnă accentuează blocarea drenajului, ceea ce face ca presiunea intraoculară să crească de la normal (15-20 mmHg) până la 60-70 mmHg.

Durerea are intensitate variabilă (poate fi severă însoţindu-se de greţuri şi vărsaturi), acuitatea vizuală este redusă, corneea apare tulbure datorită edemului, există un eritem pericorneal, pupila este în midriază fixă şi uşor ovală. Presiunea intraoculară crescută conferă globului ocular o consistenţă crescută. La globul ocular controlateral se poate observa o îngustare a camerei anterioare (factor predispozant) – proiectează din lateral lumina unei lanterne, jumătate din iris rămâne în umbră. Dacă ai suspiciuni, trimite pacientul la oftalmolog.

Tratamentul glaucomului: Pilocarpină 2-4% – picături administrate la fiecare oră (meioza deschide drenajul prin unghiul "blocat") şi acetazolamida 500 mg PO stat (IM în caz de vomă) apoi 250 mg/8h PO. Acetazolamida reduce formarea umorii apoase. După reducerea medicală a presiunii intraoculare se practică iridectomia periferică (instrumentală sau cu laser) – utilizată rareori ca procedură de urgenţă atunci când tratamentul medical nu reduce presiunea intraoculară. Se înlătură o mică porţiune din iris (în dreptul orei 12) la ambii ochi, permiţându-se astfel libera circulaţie a umorii apoase.

Irita acută (uveita anterioară). Se însoţeşte de durere cu debut brusc, fotofobie, vedere tulbure (ca urmare a precipitatelor din umoarea apoasă), lăcrimare, eritem pericornean (congestie ciliară) şi meioza (iniţial secundară spasmului ciliar, apoi devine neregulată sau se dilată în mod neregulat ca urmare a aderenţelor). Testul Talbot este pozitiv: durerea se accentuează în momentul în care ochiul realizează convergenţa (şi pupila se contractă) – ca în cazul în care pacienţii privesc propriul deget care şi-l apropie de nas.[1] Lampa cu fantă scoate în evidenţă precipitate albe pe faţa posterioară a corneei şi puroi în camera anterioară (hipopion)

Are tendinţa de a afecta mai ales tinerii şi persoanele de vârstă mijlocie. Are cauze numeroase. Asocieri: tulburări articulare (ex: spondilita ankilopoietică, boala Still). Poate evolua cu recăderi.

Tratamentul iritei: Are scopul de a preveni leziunile oculare cauzate de inflamaţia prelungită. În cazul acesteia din urmă există posibilitatea întreruperii fluxului umorii apoase la nivel ocular cu producerea glaucomului şi a aderenţelor între iris şi cristalin. Tratează cu steroizi, ex: prednisolon 0,5% picături la fiecare 2 ore pentru a reduce inflamaţia (şi consecutiv durerea, eritemul şi exsudatul). Pentru a preveni aderenţa între iris şi cristalin (sinechii) menţine pupila dilatată cu ciclopentolat 0,5 %, 1-2 picături la 6 ore până când irita dispare. Utilizează lampa cu fantă pentru monitorizarea inflamaţiei.

[1] E Talbot 1987 *BMJ* ii 812

Identificarea ochiului roşu cu risc crescut

Pune-ţi şi răspunde la următoarele întrebări:

1. Este acuitatea vizuală afectată? Un test rapid dar sensibil constă în evaluarea capacităţii de a citi un ziar atunci când sunt corectate erorile de refracţie cu ajutorul ochelarilor sau a unui orificiu punctiform.

Scăderea acuităţii vizuale sugerează o patologie cu risc crescut.

2. Este globul ocular dureros? Durerea sugerează o afecţiune cu risc crescut, ca şi senzaţia de corp străin. Senzaţia de iritaţie evocă rareori o situaţie gravă.

3. Răspunde pupila la lumină? Absenţa sau întârzierea reflexului fotomotor are un prognostic grav.

4. Corneea este intactă? Foloseşte picături oculare cu fluoresceina, p.568. Leziunile corneene se datorează traumatismelor sau ulceraţiilor.

Interesează-te asupra eventualelor traumatisme sau scurgeri oculare, asupra stării generale a pacientului şi medicamentelor utilizate. Nu uita să cercetezi dacă presiunea intraoculară este crescută.

►Dacă ai îndoieli, consultă un specialist chiar în aceeaşi zi.

	Conjunctivită	Irită	Glaucom acut
Durere	±	++	++ până la +++
Fotofobie	+	++	–
Acuitate vizuală	normal	↓	↓
Corneea	normal	normal	tulbure
Pupila	normal	meioza	midriază
Presiunea intraoculară	normal	normal	↑

Alte cauze ale ochiului roşu – corneea şi conjunctiva

Afecţiuni corneene

Keratita este inflamaţia corneei (se identifică sub forma unei pete albe la nivelul corneei, care indică o acumulare de leucocite în ţesutul cornean).

Ulceraţia corneană este o pierdere de substanţă epitelială care poate apărea şi în absenţa keratitei ex: în traumatisme când este necesară utilizarea profilactică a unguentelor cu antibiotice (ex: cloramfenicol 1%). Ulceraţiile asociate keratitei se numesc keratită ulcerativă şi trebuie considerate o urgenţă. Se însoţesc de durere, fotofobie şi uneori chiar de o vedere tulbure. Pot fi consecinţa utilizării lentilelor de contact, a traumatismelor, a unor afecţiuni corneene preexistente.

Keratita ulcerativă: Foloseşte fluoresceina pentru a-ţi uşura diagnosticul. Leziunile corneene se colorează în verde (picăturile sunt portocalii). Ulceraţiile pot fi de cauză bacteriană (fii atent la pseudomonas, căci leziunile cauzate de acesta evoluează rapid), virală *(Herpex simplex,* zoster), fungică (candida, aspergillus), pot fi produse de protozoare (acanthamoeba) sau consecinţa unei vasculite, ex: în poliartrita reumatoidă.

►Trimite pacientul în aceeaşi zi la spital deoarece tratamentul depinde de etiologie iar orice întârziere poate cauza pierderea vederii. La orice pacient cu ulceraţii corneene sau supuraţii stromale trebuie realizat de urgenţă un frotiu diagnostic (colorat Gram) ce trebuie examinat de o persoană cu experienţă. Păstrează permanent legătura cu microbiologul pentru a te informa asupra probelor trimise. *Tratament:* vezi p. 570.

Tratează infecţiile zosteriene cu acyclovir (p.556). Pentru ulcerele dendritice produse de *Herpes simplex,* vezi p.552. Medicamentele cicloplegice (p.594) pot ameliora durerea produsă de spasmul ciliar şi previn aderenţele iriene.

Episclerita. Inflamaţia localizată sub conjunctivă, în episcleră, se însoţeşte deseori de formarea de noduli inflamatori. La nivelul ochiului pacientul resimte o durere surdă iar atingerea globului ocular este dureroasă, mai ales în cazul zonei inflamate. Afecţiunea răspunde la instilaţii oculare cu steroizi (ex: clobetasone butirat 0,1%/6 h).

Sclerita. Rareori se produce chiar o inflamaţie sclerală. Aceasta din urmă este generalizată şi se însoţeşte de edem conjunctival şi de subţierea sclerei (care atunci când este severă se însoţeşte de riscul perforaţiei). Poate fi asociată unor boli ale ţesutului conjunctiv. Trimite pacientul la specialist.

Conjunctivita. ►Conjunctivita este de obicei bilaterală; dacă ea pare a fi unilaterală, gândeşte-te la un alt diagnostic, ex: glaucom acut.

Alte cauze ale ochiului roşu - corneea şi conjunctivita

Conjunctiva este roşie şi inflamată. Acuitatea vizuală, reflexele pupilare şi strălucirea corneei sunt normale. Pacientul acuză prurit ocular şi senzaţie de arsură la nivelul ochilor şi lăcrimează. Se poate asocia cu fotofobie. Scurgerea purulentă poate "lipi" cele două pleoape, care se menţin astfel alipite. Cauza poate fi virală (adenovirusuri cu potenţial infecţios ridicat) – pe conjunctivă apar agregate limfoide mici cu aspect de foliculi, bacteriană (scurgerea purulentă este mai pronunţată) sau alergică. Afecţiunea este de obicei auto–limitantă (deşi în cazul unei etiologii alergice durata poate fi mai mare). În cazul unei conjunctivite prelungite, mai ales dacă apare la adulţi tineri sau la cei cu boli venerice, ia în considerare o infecţie cu chlamydia – vezi oftalmia neonatorum, p.109.

Tratament: de obicei cu antibiotice, ex: cloramfenicol 0,5% picături /3h şi unguent 1% la culcare seara. Pentru chlamydia foloseşte tetraciclină 250 mg/6h PO şi sub formă de unguent 1% la fiecare 6h timp de cel puţin o lună. În condiţiile unei etiologii alergice foloseşte cromoglicat 2% instilaţii oculare/6 h.

Hemoragia subconjunctivală. Această afecţiune benignă dar cu aspect exterior deosebit de alarmant este produsă de acumularea subconjunctivală de sânge provenit din sângerarea vaselor mici şi nu necesită tratament. Se vindecă spontan. Dacă este recurentă caută o diateză hemoragică şi verifică presiunea arterială.

Atitudinea în cazul ulcerelor corneene[1]

Frotiuri şi culturi. Ia legătura cu microbiologul. Prelevează:

1. Un frotiu pentru coloraţia Gram (dacă ulceraţia este cronică realizează Giemsa, PAS (Periodic acid Schiff) pentru fungi. ZN (Ziehl-Neelsen) sau auromine pentru BK).

2. Cu ajutorul tamponamentului conjunctival realizează culturi pe agar - sânge pentru identificarea contaminanţilor din filmul lacrimal.

3. Asigură prelevarea cu ajutorul unui ac (de către o persoană experimentală) a unor fragmente corneene din diferite puncte ale marginii ulcerului pentru inoculare directă.

4. Realizează culturile descrise mai jos.

Evoluţie acută: Cauză probabil bacteriană, realizează aşadar culturi pe agar sânge (pe care cultivă majoritatea microorganismelor), pe agar - şocolat (pentru Haemophilus şi Neisseria), pe medii nutritive lichide (anaerobi) şi pe medii lichide cu extracte de carne (aerobi/anaerobi)

Evoluţie cronică: Consideră etiologii rare; realizează culturi ca mai sus plus BHI (infuzie creier cord), culturi pe medii lichide (pentru fungi şi microorganisme pretenţioase), culturi pe mediul Sabouraud pentru fungi, culturi pe agar sânge (pentru peptococcus, proprionobacteria) + tioglicolat (anaerobi).

Dacă există *caractere neobişnuite* foloseşte şi medii de transport pentru viruşi, precum şi agar Lowenstein-Jensen pentru TB şi agar însămânţat cu *E.coli* pentru acanthamoeba.

Terapia iniţială cu instilaţii oculare. Se bazează pe rezultatele oferite de un frotiu colorat Gram efectuat în urgenţă.

- Numeroase bacterii de un singur tip

Gram + ve: cefuroxime 50 mg/ml (sau methicillin 20 mg/ml)
Gram - ve: gentamicină 15 mg/ml* (sau ticarcilină 10 mg/ml)

- Vizualizarea unor elemente fungice: miconazole 1%
- Afecţiune acută dar multiple/puţine sau lipsa bacteriilor: gentamicin 15 mg/ml*: + cefuroxime 50 mg/ml sau + methicilin 20 mg/ml
- Absenţa microorganismelor într-o afecţiune cronică: cere o coloraţie PAS pentru fungi. Dacă este negativă aşteaptă rezultatul culturilor timp de 24-72 h fără tratament: ia în considerare repetarea culturilor sau biopsia înainte de a începe tratamentul

* Gentamicina 15 mg/ml preparatul "forte" (▶vezi p.595).

Foloseşte picăturile la fiecare 15 min, zi şi noapte. Dacă se utilizează mai mult de două medicamente, alternează utilizarea lor. Pentru prepararea picăturilor, vezi p. 595. Adaptează tratamentul funcţiei de severitatea bolii. Nu uita faptul că unele medicamente întârzie epitelizarea (mai ales gentamicina). Ulceraţiile profunde sau limbice pot necesita tratament sistemic.

Când microorganismul este cunoscut. Foloseşte cefuroxime 50 mg/ml pentru stafilococi şi alte microorganisme Gram + ve; penicilina G 5000 u/ml pentru streptococi; gentamicina 15 mg/ml * pentru pseudomonas, enterobacteriacee, moraxella; amikacin 10 mg/ml pentru micobacterii, miconazole 1% pentru candida şi aspergillus; neomicin 0,5% + propamidine isethionate 0,1 % (± un steroid) pentru acanthamoeba.

Cicloplegicele sunt folosite ca terapie adjuvantă. Picăturile cu steroizi, ex: prednisolon 0,5%/6h sunt uneori necesare pentru a controla vascularizaţia şi a reduce inflamaţia. Foloseşte steroizii numai după ce culturile au furnizat rezultate +ve dar nu în primele 10 zile de tratament. Utilizează-le cu mare grijă în cazul infecţiilor cu pseudomonas sau cu fungi.

Dacă ulcerele care au prezentat culturi pozitive nu răspund la tratament, atunci fie tratamentul este insuficient, fie prea toxic (împiedică epitelizarea) sau cultura iniţială a furnizat un rezultat greşit. Ulceraţiile care perforează pot necesita grefe penetrante care să includă tot materialul infectat sau alte tehnici chirurgicale speciale.

---

[1] Informaţii oferite cu amabilitate de Mr. JKG Dart, FRCS, Moorfields Eye Hospital, City Rd, London, ec IV 2 PD

Pierderea bruscă şi nedureroasă a vederii

Fovea (macula) este singura parte a retinei care realizează o vedere 6/6. Modificările patologice care interesează această regiune provoacă cele mai severe pierderi ale vederii.

- Pacientul doreşte un răspuns la întrebarea: "Voi orbi?"
- Toţi pacienţii trebuie examinaţi de un specialist cu excepţia cazurilor când cauza este reprezentată în mod absolut sigur de un atac migrenos.
- Verifică întotdeauna VSH-ul, deoarece diagnosticul arteritei temporale poate salva vederea la celălalt ochi.

Amaurosis fugas. Este o pierdere temporară a vederii asemănătoare căderii unei cortine. Poate preceda pierderea permanentă a vederii secundară arteritei temporale sau emboliilor, aşa încât diagnosticul cauzei poate salva vederea.

Neuropatia optică ischemică. Nervul optic este lezat dacă arterele ciliare posterioare sunt obturate consecutiv unui proces inflamator sau arteriosclerozei. Examenul fundului de ochi relevă un disc optic palid, edemaţiat.

Arterita temporală (arterita cu celule gigante). Diagnosticul acestei afecţiuni este important deoarece există riscul afectării şi a celuilalt ochi dacă nu se începe tratamentul. Se însoţeşte de stare generală alterată, claudicaţia mandibulei (durere la mestecat) şi durere la nivelul scalpului şi a arterelor temporale (verifică pulsurile). Se poate asocia cu polimialgia reumatică (MMC, p.675). Un VSH > 40 este sugestiv; biopsia arterei temporale poate să nu intereseze sectorul arterei care este afectat. Începe imediat prednisolon 80 mg/24h PO.

După ce VSH-ul şi simptomele s-au stabilizat, întreruperea steroizilor poate necesita uneori mai mult de un an.

Neuropatia optică ischemică aterosclerotică. Hipertensiunea, tulburările metabolismului lipidic şi diabetul pot predispune pacienţii tineri la această afecţiune. Tratamentul factorilor predispozanţi poate salva vederea la celălalt ochi.

Ocluzia arterei centrale a retinei. Se însoţeşte de o pierdere dramatică a vederii ce survine în câteva secunde după ocluzie. În 90% din cazuri acuitatea vizuală variază între perceperea luminii şi număratul degetelor. Un defect pupilar aferent (p.560) apare în câteva secunde şi precedă modificările retiniene cu o oră. Retina apare foarte albă şi prezintă o pată roşie ca cireaşa care corespunde maculei. Exclude arterita temporală. Ocluzia se datorează de obicei trombozei sau emboliilor (ascultă pentru eventualele sufluri carotidiene). *Tratament:* exercitarea unei presiuni puternice la nivelul globului ocular poate disloca obstrucţia, dar nu există un tratament sigur; dacă ocluzia durează mai mult de o oră, nervul optic se atrofiază cauzând orbirea. Dacă o singură ramură a arterei retiniene este obturată, modificările retiniene şi vizuale sunt localizate numai la partea de retină irigată.

Hemoragia vitroasă. Este o cauză deosebit de frecventă de pierdere a vederii la diabeticii la care există procese de neoformaţie retiniană. Mai poate apărea în cadrul diatezelor hemoragice, dezlipirii de retină şi în cazul ocluziilor venei retiniene centrale sau ale ramurilor sale. Când cantitatea de sânge este suficient de mare ca să împiedice vederea, reflexul roşu este absent iar retina poate să nu fie vizualizată. Hemoragiile vitroase se resorb spontan. De aceea conduita terapeutică constă în expectativă în cazul hemoragiei propriu-zise şi este îndreptată împotriva cauzei (fotocoagularea vaselor mici). Extravazările mici de sânge produc flocoane vitroase (percepute de pacient ca nişte pete mici negre sau sub forma unor inele subţiri cu centrul clar) care nu împiedică prea mult vederea.

Ocluzia venei centrale a retinei. Incidenţa ei creşte odată cu vârsta. Este mai frecventă decât ocluzia arterială.

Factorii predispozanţi sunt reprezentaţi de glaucomul cronic simplu, arterioscleroza, hipertensiune şi policitemie. Dacă tromboza afectează tot lumenul venei centrale a retinei se produce o pierdere bruscă a vederii însoţită de scăderea acuităţii vizuale (ex: pacientul poate numai să numere degetele). Examenul fundului de ochi este asemănător unui "apus de soare pe timp de furtună" (norii roşii sunt hemoragii apărute de-a lungul venelor congestionate). Există şi hiperemie. Prognosticul pe termen lung este variabil, existând posibilitatea unor ameliorări cu durată variabilă între 6 luni şi un an; vederea periferică tinde să se amelioreze cel mai mult lăsând vederea maculară afectată. Principalele probleme sunt reprezentate de edemul macular şi de glaucomul neovascular secundar neovascularizaţiei irisului. La aproximativ o treime din globii oculari afectaţi se observă un defect semnificativ de perfuzie la angiografia cu fluoresceină; dintre aceştia, jumătate vor evolua spre glaucom neovascular. Fotocoagularea laser panretiniană este eficientă în tratamentul şi prevenirea glaucomului neovascular. În prezent nu există un tratament eficient pentru edemul macular consecutiv ocluziei venei centrale a retinei.

Ocluzia unor ramuri venoase retiniene. Se asociază cu o pierdere unilaterală a vederii şi cu modificări fundoscopice în zona respectivă. Absenţa perfuziei capilarelor retiniene poate conduce la neoformaţie vasculară retiniană. Tratamentul neoformaţiei vasculare (confirmată de angiografia cu fluoresceina) reduce riscul hemoragiei intraoculare cu 50%. Edemul macular care persistă mai multe luni fără a prezenta ameliorări poate fi tratat prin fotocoagulare maculară cu laser cu argon.

Alte cauze ale pierderii bruşte a vederii la un singur ochi:

- Dezlipirea de retină (p.582)
- Glaucomul acut (dureros – vezi p.566)
- Migrena

Pacienţii cu accident vascular cerebral pot acuza o orbire monooculară, dar testările câmpului vizual scot în evidenţă de obicei o hemianopsie homonimă. Pierderea bruscă a vederii bilateral este neobişnuită (poate fi o infecţie cu CIV la pacienţii cu HIV, p.586).

Pierderea subacută a vederii

Nevrita optică. Constă într-o inflamaţie a nervului optic. Scăderea unilaterală a acuităţii vizuale apare în decurs de ore sau zile. Capacitatea de discriminare a culorilor este afectată – roşul apare mai puţin roşu, "desaturarea roşului" – iar mişcările globului ocular se pot însoţi de durere. Pupila prezintă un defect aferent (p.560). Discul optic poate fi edemaţiat (papilită) cu excepţia cazurilor când inflamaţia este centrală (nevrita retrobulbară). Vindecarea se realizează de obicei în 2-6 săptămâni, dar 45-80% din pacienţi vor dezvolta scleroza multiplă (SM) în următorii 15 ani. Alte cauze, în afară SM, pot fi neurosifilisul, alte boli demielinizante (ex: boala Devic), atrofia optică Leber, diabetul zaharat şi deficitul vitaminic.

Tratament: Metilprednisolon în doze mari timp de 3 zile (250 mg/6 h IV), apoi prednisolon oral (1 mg/kg/zi) timp de 11 zile, par a reduce riscul dezvoltării SM în următorii 2 ani de la 15% la 7%.[1] Solicită sfatul unui specialist.

---

[1] RW Beck 1993 *NEJM* 329 1764

Pierderea treptată a vederii

Cauzele posibile ale pierderii treptate a vederii la un singur ochi sunt coroidita, dezlipirea progresivă a retinei inferioare (p.582) sau un melanom coroidal. Dacă pierderea este bilaterală (asimetrică de obicei) atunci probabil cauza este reprezentată de cataractă, glaucomul cronic (p.578), retinopatia diabetică şi hipertensivă (p.586), degenerescenţă maculară senilă sau atrofia optică (vezi mai jos).

Coroidita (coroidoretinita). Coroida face parte din uvea (iris, corpul ciliar şi coroida) şi afecţiunile inflamatorii care afectează uvea pot afecta şi coroida. Retina poate fi invadată de microorganisme care pot dezvolta o reacţie granulomatoasă locală (care poate fi confundată cu un retinoblastom). Toxoplasmoza şi toxocara sunt astăzi mai comune decât TBC. Sarcoidoza se poate număra printre cauze.

Teste: RXC; Mantoux; serologie; test Kveim (în UK, reactivii pot fi obţinuţi de la Porton Down folosind o solocitare directă pe numele pacientului. În faza acută, vederea poate fi perturbată, iar pe retină se observă o pată proeminentă de culoare gri-albă; pot apărea opacităţi vitroase, iar în camera anterioară pot exista celule. Mai târziu se poate observa o cicatrice coroidoretiniană (pete albe având o pigmentare în jurul lor); aceste ultime leziumi sunt asimptomatice dacă nu interesează macula. Tratează cauza.

Melanomul malign al coroidei este cea mai frecventă tumoră malignă a ochiului. La examenul fundoscopic apare ca o masă pestriţă gri/neagră care va produce dezlipirea retinei pe măsură ce creşte în dimensiuni. Tratamentul constă de obicei în enucleerea ochiului afectat deşi uneori poate fi eficient şi un tratament local.

Degenerescenţa masculară senilă. Este cea mai frecventă cauză de orbire înregistrată în UK. Apare la persoanele în vârstă care acuză o deteriorare a vederii centrale. Există o scădere a acuităţii vizuale; câmpurile vizuale nu sunt afectate. Discul optic apare normal dar există depozite pigmentare, exsudate fine şi hemoragii la nivel macular. Uneori zona maculară este edematoasă şi proemină datorită acumulării unei mari cantităţi de exsudat – degenerescenţă disciformă. În majoritatea cazurilor nu există un tratament eficace. Puţine persoane pot beneficia de tratament cu laser. Utilizarea unor metode de suport vizual pot oferi o ameliorare a simptomelor.

Ambliopia tabacică. Este o atrofie optică indusă de tutun şi se datorează intoxicaţiei cu cianide. Se însoţeşte de o pierdere gradată a vederii centrale. Pierderea capacităţii de discriminare a culorilor şi a discriminării între verde şi roşu este un semn precoce şi premanent.

Atrofia optică. Discul optic apare de obicei palid, deşi gradul palorii nu corespunde cu gradul de pierdere a vederii. Atrofia optică poate fi secundară creşterii presiunii intraoculare (în glaucom), leziunilor retiniene (în coroidite, retinitis pigmentosa, degenerescenţa cerebro-maculară), sau se poate datora ischemiei (în ocluzia arterei retiniene). Cauzele toxice, altele decât tutunul, sunt reprezentate de metanol, plumb, arsenic, chinină sau bisulfitul de carbon.

Alte cauze: atrofia optică Leber (p. 843), scleroza multiplă, sifilisul, compresiunile nervoase extrinseci (tumori intraorbitale sau intracraniene, boala Paget cu interesare craniană).

Glaucomul simplu

▶Glaucomul simplu este asimptomatic până când câmpurile vizuale sunt sever afectate; de aici apare necesitatea unui program de screening.

Glaucomul simplu (glaucomul cu unghi deschis, glaucomul cronic) reprezintă 90% din totalul glaucoamelor şi este frecvent, afectând 250.000 de persoane în U.K. Este responsabil pentru 7% din totalul cazurilor de orbire nou înregistrate. Are un debut insidios, caracterizat prin creşterea presiunii intraoculare (>21 mmHg), aspectul de cupuşoară al discului optic şi prezenţa unor defecte de câmp vizual. De fapt, 8-10% din persoanele în vârstă de peste 40 de ani au hipertensiune oculară (presiune intraoculară > 21 mmHg), dar urmărirea lor arată că nu toate aceste persoane vor dezvolta glaucom – deşi au un risc crescut şi trebuie urmărite regulat observându-se presiunea intraoculară, aspectul discurilor optice şi al câmpurilor vizuale. Unele persoane dezvoltă glaucom chiar în condiţiile unei presiuni intraoculare normale.

Patologie. Presiunea intraoculară crescută (normal 15-21 mmHg) produce o scădere gradată a irigaţiei nervului optic ceea ce duce la instalarea atrofiei optice. În condiţiile normale cele două cupuşoare ale nervilor optici sunt identice (cea dreaptă şi cea stângă) în ceea ce priveşte forma, şi ocupă <50% din discul optic. În glaucom aceste structuri sunt lărgite, în special în ax vertical, ceea ce duce la apariţia unei asimetrii între cupuşoarele optice ale celor doi ochi. Pe măsură ce leziunea progresează discul optic devine palid (atrofic) iar cupuşoara nervului optic se lărgeşte şi se adânceşte – astfel încât vasele sanguine care părăsesc discul par a prezenta întreruperi când dispar în cupuşoară, ele reapărând din nou la bază (p.579). Pot apărea defecte de câmp vizual – scotoame – care iniţial au formă arcuată şi sunt centrate în jurul petei oarbe. Vederea periferică este afectată; cîmpurile nazale şi superioare sunt primele afectate în timp ce câmpurile temporale sunt ultimele afectate.

Prevenţie. Persoanele cu cel mai mare risc sunt cele cu antecedente familiale de glaucom (risc crescut de 10 ori), miopii, sau cei care prezintă afecţiuni oculare în cadrul diabetului sau bolilor tiroidiene. Verifică, în mod regulat, presiunea intraoculară, începând cu vârsta de 35 de ani, (la un optician, foloseşte tonometria) la cei cu antecedente familiale de glaucom.

Tratament. Scopul este de a reduce presiunea intraoculară sub 21 mmHg. Tratamentul chirurgical este indicat atunci când cel medical eşuează.

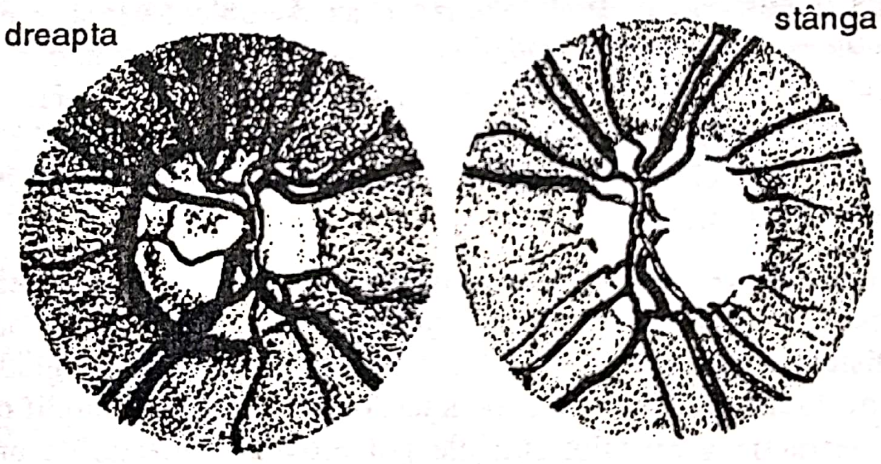
Pilocarpina 0,54% instilaţii oculare, reduce rezistenţa la flux pentru umoarea apoasă. Produce meioză şi se poate însoţi de tulburări de vedere sau de dureri frontale ca urmare a spasmului muşchiului ciliar. Rareori se poate produce o dezlipire de retină. Cei cu presbiopie o tolerează mai bine decât persoanele mai tinere şi decât miopii. Se administrează de 4 ori pe zi.

Timolol 0,25-0,5% instilaţii oculare, reduce producţia umorii apoase. Este un beta-blocant, aşa încât trebuie utilizat cu mare atenţie la astmatici şi la cei cu insuficienţă cardiacă. Se administrează de două ori pe zi. Efecte secundare: uscăciune oculară, anestezie corneană, alergie.

Adrenalină 1% instilaţii oculare, reduce producţia umorii apoase şi rezistenţa la flux. Utilizeaz-o cu atenţie la cei cu afecţiuni cardiace; este contraindicată la cei cu glaucom cu unghi închis. Efecte secundare: ochi roşii durerosi. Administrează o dată sau de două ori pe zi.

Acetazolamida 250mg/24h-500mg/12h PO reduce producţia umorii apoase. Efecte adverse: astenie, dispepsie, depleţie potasică, parestezii.

Tratament chirurgical: Trabeculectomia este cea mai utilizată intervenţie. Există dovezi importante asupra faptului că ea se constituie într-o operaţie de drenaj. Efectele trabeculectomiei cu laser sunt deseori de scurtă durată.



Discurile optice ale unui pacient cu glaucom cu unghi deschis care nu a afectat încă discul optic drept. Discul optic stâng este excavat şi atrofic (după J Parr *Introduction to Ophtalmology*, OUP)

Cataracta

▶Când identifici o cataractă, dozează glicemia (pentru a exclude DZ). Cataracta este o opacifiere a cristalinului. La nivel mondial, principalele patru cauze de orbire sunt: cataracta, deficitul de vitamina A, trahomul şi onchocercoza. Cea mai frecventă cauză de cataractă în lumea occidentală este reprezentată de îmbătrînirea cristalinului. Aceste cauze se întâlnesc în 75% din cazurile în vârstă de peste 65 de ani dar la numai 20% între 45-65 ani.

Alte cauze. Diabetul zaharat; galactozemia; hipocalcemia; rubeola intrauterină sau toxoplasma (p.106); uveita posterioară trenantă; genetice (sdr. Werner, distrofia miotonică); secundară traumatismelor, şocurilor electrice, iradierii (radiaţii infraroşii sau X) sau folosirii corticosteroizilor.

Clasificarea oftalmoscopică se face în funcţie de aspectul cristalinului. În cazul cataractelor imature reflexul roşu mai apare; dacă există o cataractă densă reflexul nu mai apare iar fundul de ochi nu mai poate fi vizualizat. *Cataracta nucleară* modifică indicele de refracţie al cristalinului şi este frecventă la persoanele în vârstă, la fel ca şi opacităţile corticale dispuse în spiţă de roată şi având formă de pană. *Cataractele polare* anterioare şi posterioare sunt localizate, au de obicei caracter ereditar şi sunt situate pe axul vizual. *Opacităţile subcapsulare* secundare utilizării de steroizi sunt situate profund faţă de capsula cristalinului – în axul optic. *Opacităţile punctiforme* sunt prezente atât la nivelul cristalinului normal, cât şi în cataractele cu evoluţie rapidă întâlnite la diabetici sau în distrofia miotonică.

Aspect clinic. Cataractele unilaterale trec deseori neobservate, dar pot produce o tulburare a vederii. Pierderea stereopsiei poate afecta evaluarea distanţelor. Cataractele bilaterale produc o pierdere gradată a vederii, modificări frecvente ale ochelarilor ca urmare a modificării indicelui de refracţie a cristalinului; ele pot provoca senzaţia de orbire, mai ales în condiţiile luminii diurne, şi se pot însoţi de diplopie monoculară. La copii ele se pot prezenta sub formă de strabism, de pierdere a funcţiei binoculare, sub forma unei pupile albe, sub formă de nistagmus (sugari) sau ambliopie.

Tratament. Cataractele apărute în copilărie necesită tehnici chirurgicale speciale. Cataractele adultului nu necesită întotdeauna tratament, iar multe dintre ele nu vor trebui niciodată tratate. Nu există tratament care să poată preveni sau opri dezvoltarea lor. Verifică în mod regulat acuitatea vizuală. Înlăturarea chirurgicală a cristalinului este singurul tratament. Principala întrebare care influenţează momentul actului chirurgical este: “Reducerea vederii vă împiedică să realizaţi activităţile dorite?” Folosind acest criteriu croitoresele vor fi operate înaintea degustătorilor de vin.

Cataracta

In cazul persoanelor în vârstă, la care ligamentele suspensoare sunt slăbite, înlăturarea întregului cristalin este posibilă (extracţie intracapsulară). La persoanele tinere partea posterioară a cristalinului este fixată ferm de corpul vitros, astfel încât extracţia se face extracapsular, prin incizia cristalinului. Globul ocular lipsit de cristalin (afak) prezintă o vedere foarte tulbure dacă nu se implantează un alt cristalin (implant intraocular, lentile de contact sau ochelari). Corecţia se poate efectua cu ochelari numai în cazul unei afakii bilaterale datorită amplificării cu 30% a imaginilor de către cristalin. Extracţia extracapsulară asociată cu un implant de cristalin la nivelul camerei posterioare este tratamentul de elecţie utilizat în mod curent, excepţie făcând persoanele tinere. La acestea din urmă o lentilă de contact moale constituie tratamenrul de substituţie preferat.

Chirurgia de "o singură zi" (ex: facoemulsificarea) este posibilă folosind agenţi anestezici locali care produc un sindrom Tolosa-Hunt (p.849). Pacientul i se implantează un cristalin, care la alegerea sa, poate focaliza aproape, în depărtare sau într-o poziţie intermediară. Pentru a compensa astigmatismul produs de vindecare vor fi necesari ochelari – nu comanda ochelarii decât după câteva luni de la operaţie şi avertizează pacientul că pot apărea în continuare tulburări de refracţie. În cazul opacifierilor capsulei posterioare apărute post-operator (50%) se poate realiza capsulotomia cu laser YAG.

Complicaţiile chirurgiei cataractei
- Ruptura capsulei posterioare (4%)
- Secţionare care necesită resutură (0,8%)
- Glaucom rubeotic (0,3%)
- Îngroşarea capsulei posterioare (0,8%)
- Ruperea sau protruzionarea suturilor (0,4%)
- Endoftalmita (0,6%)
- Hemoragii vitroase (0,3%)

Facoemulsificarea	*Extracţie extracapsulară*
Incizie mică, de 4mm + fragmentarea cu ultrasunete a cristalinului şi aspirarea fragmentelor	Incizie mare şi extracţie manuală a cristalinului
Numărul de suturi necesare: 0-3	Sunt necesare 6-8 suturi
Vindecare 2-4 săptămâni	8-12 săptămâni pentru vindecare
Astigmatism redus	Vederea post-op poate fi de slabă calitate

Retina

Anatomie. Retina este alcătuită dintr-o tunică externă pigmentară (ce vine în contact cu coroida) şi o tunică internă senzorială (în contact cu corpul vitros). În centrul părţii posterioare se află macula (al cărui centru este denumit fovee) care apare gălbuie şi uşor ovalară. Ea are multe celule cu conuri, astfel încât acuitatea vizuală este maximă aici. La aproximativ 3 mm medial faţă de fovee se află discul optic care nu conţine celule cu conuri sau bastonaşe (corespunde petei oarbe a câmpului vizual).

Discul optic. Trebuie să aibă o culoare roz-pal şi este mai palid în cazul atrofiei optice (p.576). Discul prezintă o cupuşoară fiziologică situată central şi care trebuie să ocupe aproximativ o treime din diametrul discului. Adâncirea şi lărgirea cupuşoarei apar în glaucom (p.578). Discul poate apărea oval într-un ochi cu astigmatism şi apare anormal de larg într-un ochi miop. Marginile discului sunt şterse în cazul edemului papilar (ex: în creşterea presiunii intracraniene, hipertensiunea malignă, tromboza de sinus cavernos) şi a nevritei optice. Vasele sanguine venoase apar în cazul trombozei venelor retiniene; în hipertensiune şi diabet apare o paloare retiniană anormală însoţită de ocluzii arteriale şi hemoragii cu exsudate.

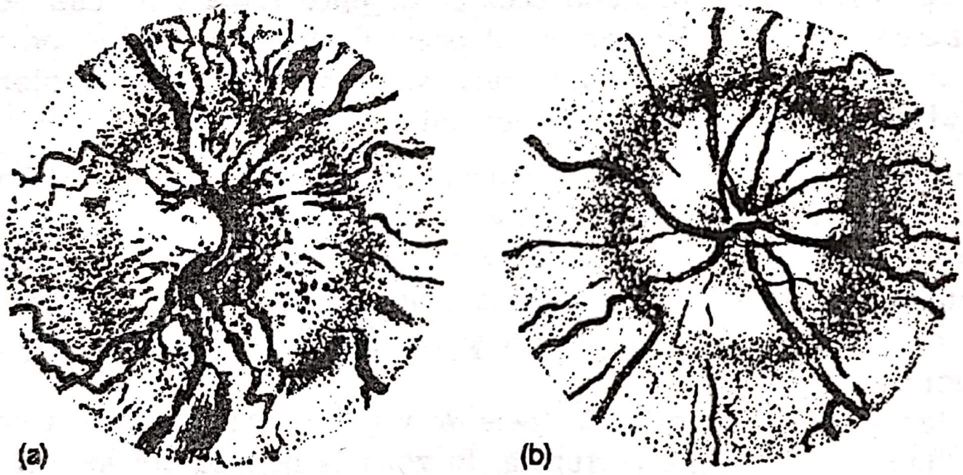
Dezlipirea de retină. Poate fi "simplă", idiopatică, secundară unor afecţiuni intraoculare (melanom, benzi fibroase în interiorul corpului vitros în cazul diabetului), poate apărea după operaţiile pentru cataractă sau poate fi secundară traumatismelor. Ochiul miop este mai predispus la dezlipire, cu cât este mai gravă miopia cu atât este mai mare riscul.[1]

În dezlipirea simplă, orificiile din retină permit fluidului să separe retina senzorială de epiteliul pigmentar retinian.

Dezlipirea se poate prezenta ca o pierdere nedureroasă a vederii, ce este descrisă uneori ca o cortină ce acoperă vederea (cortina cade când jumătatea inferioară a retinei se dezlipeşte şi se deplasează în sus). 50% din pacienţii care au o dezlipire de retină prezintă simptome premonitorii – stele sau senzaţia unor pete în faţa ochilor ce apar ca urmare a stimulării retiniene anormale produsă înainte de dezlipire.[1] Dezlipirea jumătăţii inferioare a retinei nu detaşează macula, în timp ce dezlipirile jumătăţii superioare o detaşează. Dacă macula a fost detaşată, vederea centrală este pierdută şi nu va putea fi recuperată nici chiar dacă retina este înlocuită cu succes. Viteza de dezlipire variază dar în jumătatea superioară ea tinde să fie mai mare. Se pot detecta defecte de câmp vizual. Examenul oftalmoscopic evidenţiază o retină gri, opalescenţă care balonizează în faţă. *Tratamentul* include examenul urgent efectuat de către un specialist şi implante sclerale de silicon, crioterapie, retinopexie pneumatică, coagulare cu argon sau laser pentru a asigura retina.

Retinitis pigmentosa. Această afecţiune familială este o cauză comună de degenerescenţă retiniană. În zonele mijlocii şi periferice ale fundului de ochi sunt răspândite particule de pigment negru. Simptomele au un aspect şters, iar treptat se produce atrofia optică şi orbirea.

Retinoblastomul. Pacientul tipic este un copil în vârstă de până la trei ani. Dacă este bilateral (80%) cauza este de obicei ereditară. Gena pentru retinoblastom este prezentă la toate persoanele şi în mod normal este o genă supresoare sau o anti-oncogenă. Cei cu retinoblastoame ereditare au o alelă alterată în fiecare celulă. Dacă o celulă retiniană în dezvoltare suferă o mutaţie la nivelul celeilalte alele, se va genera un retinoblastom. *Prezentare:* Pot avea dezvoltare în exteriorul (exofitică) sau în interiorul (endofitică) vitrosului producând o pupilă albă (leukocoria), strabism, imflamaţie şi absenţa reflexului roşu al retinei. Părinţii pot depista acest lucru când examinează fotografiile copiilor lor, efectuate cu un blitz, şi în care numai un ochi apare roşu. *Tratament:* Enucleere.



a) Edem papilar produs de creşterea presiunii intracraniene. Discul proemină anterior şi lateral spre retina înconjurătoare. Marginea discului este complet ştearsă iar în anumite locuri vasele retiniene par dispărute deoarece edemul împiedică translucenţa ţesuturilor discale. Venele retiniene sunt dispărute şi există câteva hemoragii.

b) Edem papilar. Vasele care traversează discul par a dispărea din loc în loc ca urmare a pierderii translucenţei ţesutului prelaminar în care sunt localizate (după J Parr *Introducere în Oftalmologie,* OUP.)

---

[1] A Chignell 1987 *BMJ* ii 661

Ochiul în diabetul zaharat

Cataracta şi retinopatia sunt cele mai frecvente probleme oculare întâlnite la diabetici. Poate fi afectată aproape orice parte a globului ocular. 30% din pacienţi prezintă probleme în momentul diagnosticării diabetului. La acest moment cristalinul are de obicei un indice de refracţie crescut (posibil datorită deshidratării) producând o miopie relativă. Pe măsură ce se realizează controlul diabetului indicele de refracţie scade şi vederea tinde să devină hipermetropică. Defectele de refracţie nu trebuie corectate până când diabetul nu este controlat.

Efecte neurologice. Pot apărea paralizii oculare, nervii III şi IV fiind cel mai frecvent afectaţi. Mai pot apărea pupila Argyll-Robertson sau sdr. Horner (p.560)

Modificări oculare structurale. Diabetul poate produce cataractă. Cel mai frecvent aceasta este o catarctă senilă prematură, dar şi diabeticii tineri pot fi afectaţi în momentul diagnosticului. În acest caz cristalinul a captat o cantitate mare de glucoză care este convertită de către aldolaz-reductază în sorbitol. Sorbitolul nu poate difuza prin peretele cristalinului şi va creşte presiunea osmotică în interiorul cristalinului; apa este atrasă în interiorul cristalinului ceea ce produce ruptura fibrelor acestuia şi formarea cataractei. Rareori irisul poate fi afectat în diabet, producându-se o neoformaţie vasculară (rubeosis), iar dacă aceasta blochează drenajul umorii apoase apare glaucomul.

Retinopatia. *Patogeneza:* Ocluzie capilară→extravazare→microanevrisme. Ocluzii arteriale sau venoase →hipoxie + ischemie→formarea de vase noi (neoformaţie vasculară): *retinopatie proliferativă.* Aceste evenimente sunt declanşate de fluxul sanguin crescut la nivel retinian determinat de hiperglicemie (şi de TA şi sarcină) care provoacă leziuni ale pericitelor capilare.[1]

Ocluzia arterială provoacă *"pete de vată"* şi mai pot apărea *hemoragii* la interfaţa cu retina perfuzată. În zona ischemică are loc un proces de neoformaţie vasculară; vasele nou formate proliferează şi sunt învelite de ţesut fibros (ceea ce poate creşte riscul dezlipirii de retină).

Screening-ul pre-simptomatic permite utilizarea fotocoagulării laser. Descoperă unde se află leziunile. Foloseşte o cameră întunecoasă; realizează midriaza cu tropicamidă 0,5% şi se foloseşte un oftalmoscop cu un fascicul fin de lumină. Macula este zona cea mai importantă, ea fiind singura parte a retinei ce realizează o vedere 6/6. Dacă aici se constată modificări, trimite imediat pacientul la oftalmolog. *Retinopatia "de fundal"* (microanevrisme "punctiforme" + microhemoragii în "pată") nu constituie o urgenţă, dar indică faptul că realizarea normoglicemiei (adică prin scăderea fluxului sanguin retinian) va permite conservarea vederii.

Orbirea. În Marea Britanie diabetul este a şasea cauză de orbire, din punctul de vedere al frecvenţei. Ea se poate datora depozitelor maculare, hemoragiilor vitroase, dezlipirii de retină sau glaucomului secundar rubeosis iridis. Retinopatia "de fundal" amenință vederea atunci când apar exsudatele perimaculare şi edemul macular. Retinopatia proliferativă constituie o urgenţă, bolnavii care prezintă neoformaţii vasculare prezentând un risc de 4% de a orbi în cursul următorului an; acest risc creşte la 37% dacă se asociază fibroză şi hemoragii.

Tratament. Controlul strict al diabetului previne neoformaţia vasculară. Tratează hipertensiunea sau hiperlipidemia asociate. Urmăreşte apariţia şi evoluţia retinopatiei prin examinări periodice (anuale, dacă aspectul retinei este normal) sau prin fotografii retiniene – care permit un screening eficace, sunt ieftine, se utilizează uşor şi nu necesită midriază pentru realizarea lor. Fotocoagularea cu arc de xenon sau cu laser se poate utiliza pentru a trata maculopatia cât şi neoformaţia vasculară.

---

[1] EM Corner 1993 *BMJ* ii 1195

Ochiul în afecţiunile sistemice

Afecţiunile sistemice prezintă deseori manifestări oculare, iar în unele cazuri examenul oftalmologic va fi primul care va sugera dignosticul.

Afecţiuni vasculare. Retina poate fi afectată în mod variabil de către TA.

Gradul I aspectul de "sârmă de cupru" al arterelor.

Gradul II îngustarea venelor la intersecţia lor cu arterele.

Gradul III hemoragii "în flăcări" şi "în pată", exsudate cu aspect "de bucăţi de vată".

Gradul IV edem papilar. Ipoteza potrivit căreia aceste grade se corelează cu severitatea TA nu a fost confirmată de către un trial bine efectuat care a urmărit retinopatia de gradul I şi II poate apărea şi la pacienţii normotensivi (non-diabetici) creând astfel confuzii.[1] La unii pacienţi hipertensiunea debutează cu o hemoragie intraoculară.

Embolii care trec la nivelul retinei produc amaurosis fugax – pacientul are impresia că vede o cortină care îi trece prin faţa ochilor. Originea lor poate fi la nivelul plăcilor de ateromatoză (ascultă carotidele) sau la nivelul cordului (cauze valvulare sau IM). Tratează cu aspirină (MMC, p.436). Hemoragiile retiniene pot apărea în leucemii; hemoragii conjunctivale în formă de virgulă şi neoformaţie vasculară retiniană pot fi prezente în siclemie; anemia pernicioasă; se pot însoţi de atrofie optică.

Caută şi petele Roth (infarcte retiniene) care apar în endocardita infecţioasă (vezi MMC, p.312).

Afecţiunile metabolice. Diabetul: p.584. Hipertiroidismul şi exoftalmia: vezi MMC, p.543. În mixedem, edemul periorbital şi palpebral se întâlneşte destul de frecvent. Opacităţile corneene superficiale, opacităţile mici corticale cristaliniene şi nevrita optică sunt rare. Opacităţile cristaliniene pot apărea şi în hipoparatiroidism. Calcificările conjunctivale şi corneene pot apărea în hiperparatiroidism. În gută, depozitele de urat monosodic de la nivelul conjunctivei pot produce usturimi oculare; când aceste depozite au sediu scleral pot produce o uveită anterioară.

Afecţiuni granulomatoase (TBC, sarcoidoza, lepra, bruceloza şi toxoplasma) pot toate produce inflamaţie la nivel ocular; TBC şi sifilisul produc irită, celelalte afecţiuni se însoţesc de uveită posterioară. TBC, sifilisul congenital, sarcoidoza, virusul citomegalic şi toxoplasma pot toate produce corioretinită. În sarcoidoză se pot produce paralizii de nervi cranieni.

Bolile de colagen. Pot fi sursa unor procese inflamatorii. În LES şi sdr. Reiter poate fi prezentă conjunctivita; de asemenea în LES şi poliarterita nodoasă – episclerita; sclerita apare în artrita reumatoidă; uveita în spondilita ankilopoietică şi sdr. Reiter (vezi MMC, p. 669). În dermatomiozită este prezent un edem orbitar asociat unei retinopatii (hemoragii şi exsudate).

Ochiul în afecţiunile sistemice

Keratoconjunctivita sicca – Sdr. Sjögren, (vezi MMC, p. 709). Procesul de formare a lacrimilor este diminuat (testul Schirmer cu hârtie de filtru) producând o senzaţie de "nisip în ochi". Scăderea salivaţiei produce o gură uscată (xerostomia). Se asociază cu bolile de colagen. Tratamentul se face cu lacrimi artificiale (lacrimi naturale sau picături de hipermelloză).

SIDA. Persoanele infectate cu HIV pot dezvolta o retinită cu citomegalovirus; caracterizată prin pete retiniene cu aspect de bucăţi de vată (aspect de "pizza" al fundului de ochi). Aceasta poate fi asimptomatică, dar poate produce pierderea bruscă şi ireversibilă a vederii). Infecţiile cu Candida ale umorii apoase sau ale corpului vitros sunt greu de tratat. Saromul Kaposi poate afecta pleoapele sau conjunctiva.

---

[1] S Dimmitt 1989 *Lancet* i 1103

Afecţiuni oculare tropicale

Trahomul. Este cauzat de *Chlamydia trachomatis* (serotipurile A, B şi C). Această afecţiune este răspândită prin intermediul prosoapelor, degetelor şi muştelor – mai ales acolo unde este cald, uscăciune şi praf, iar populaţia are un nivel de trai scăzut, locuind în vecinătatea animalelor. Sunt afectate 400.000.000 de persoane din care 100.000.000 sunt copii.

Diagnostic: Stadiul 1: Există o lăcrimare exagerată. Foliculii situaţi sub pleoapa superioară îi conferă un aspect fin granular. *Stadiul 2:* Apare un eritem intens. Foliculii cresc în dimensiuni şi sunt situaţi sub ambele pleoape. Spre cornee se dezvoltă un panus fin şi capilare de neoformaţie. *Stadiul 3:* Foliculii se rup şi sunt înlocuiţi de ţesut cicatriceal. Panusul este mai avansat. Corneea poate prezenta ulceraţii. *Stadiul 4:* Ţesutul cicatriceal distorsionează pleoapele şi produce entropion. Genele irită corneea care va prezenta ulceraţii.

Tratament: Tratament populaţional antitrahom: unguent ocular cu tetraciclină 1% se utilizează la fiecare 12 ore, timp de 5 zile în fiecare lună, timp de 6 luni. În cazul bolii active administrează-l la fiecare 8 ore, timp de 6 săptamâni + sulfadimethoxine 1 g doză iniţială, apoi 500 mg/24h PO timp de 10 zile (la copil se administrează eritromicină). Azithromycina (20 mg/kg) în doză unică poate fi eficace.[1] [2] Tratament chirurgical: rotaţie tarsală.

Prevenţie: Folosirea apei curate şi o igienă corespunzătoare. Spălatul regulat al feţei.

Onchocercoza. Este produsă de microfilariile nematodului Onchocerca volvulus, transmis de muştele negre, aparţinînd speciei Simulium. Dintre cele 20-50 milioane de persoane afectate, 95% trăiesc în Africa. În unele zone poate produce orbirea a 40% din populaţie. Dacă ochiul nu este afectat, problemele sunt legate mai ales de afectarea tegumentară. Înţepăturile muştelor sunt urmate de formarea unor noduli din care se eliberează microfilarii. Acestea pot invada ochiul, mai ales conjunctiva, corneea, corpul ciliar şi irisul, dar ocazional pot fi afectate retina şi nervul optic. Uneori organismele pot fi observate înotând în umoarea apoasă sau sedimentându-se (în cazul morţii lor) în camera anterioară a ochiului. Iniţial microfilariile declanşează o reacţie inflamatorie, apoi în jurul lor se dezvoltă un proces de fibroză. Reacţiile care se dezvoltă în cornee în jurul microfilariilor moarte pot produce opacităţi corneene (keratită numulară). Irita cronică este urmată de formarea de sinechii şi poate precipita cataracta. Irisul poate fi complet imobil. *Teste:* biopsii cutanate, serologia pentru triplul antigen; reacţia în lanţ a polimerazei. *Tratament:* Cere ajutorul unui specialist. Ivermectin-ul este tratamentul de elecţie: 150 µg/kg PO în doză unică la fiecare 6-12 luni, până când viermele moare (vezi MMC, p. 247). La emigranţii care prezintă infecţii uşoare, primele 3 doze se recomandă a se administra lunar, iar pacientul să fie menţinut în spital după administrarea primei doze (reacţiile adverse sunt frecvente la emigranţi)[3].

Xeroftalmia şi keratomalacia. Sunt manifestări ale deficienţei de vitamină A, care apar de exemplu dacă se folosesc precoce în alimentaţia copilului produse lactate sărace în vitamina A sau în cazul copiilor mici care consumă puţine vegetale. Incidenţa maximă: la 2-5 ani; la nivel mondial: 40 de milioane de copii. Scăderea vederii nocturne şi conjunctivele uscate (xerosis) apar precoce. Corneea apare uscată şi cu o transparenţă scăzută. În mod frecvent se observă mici plăci de culoare gri (pete Bitot) care iau naştere din conjunctiva interpalpebrală. Administrarea de vitamină A duce la dispariţia acestor modificări. Xerosisul precoce al corneei este reversibil. Pot apărea ulceraţii şi perforaţii corneene. În cazul keratomalaciei se produce o ramolire masivă a corneei, perforarea şi extruzia conţinutului intraocular. *Tratament:* Pentru copii: retinol palmitat 50.000U IM lunar până când aspectul ochilor revine la normal (la adult: 100.000U, săptămânal); sau retinol palmitat oral 200.000U PO. β-carotenul (o provitamină) 1,2×106U PO, este eficient[4], şi ieftin. Evită vitamina A în timpul sarcinii (determină embriopatia cu vitamina A).

---

[1] A Potter 1993 *BMJ* ii 214

[2] RL Bailey 1993 *Lancet* 342 453

[3] DR Churchill 1994 *Trans Roy Soc Trop Med Hyg* **88** 242

[4] C Carlier 1993 *BMJ* ii 1106

Traumatismele oculare

▶Evaluează întotdeauna acuitatea vizuală a ambilor ochi (dacă ochiul nelezat este orb, atunci priveşte cu maximă seriozitate toate traumatismele oculare). Examinează pleoapele, segmentul anterior, cel posterior precum şi pupila. Un contur pupilar neregulat semnifică uneori ruptura globului ocular. Defectele pupilare aferente (vezi MMC, p.488) nu constituie un factor de prognostic favorabil pentru recuperarea vederii. Notează prezenţa durerii, scurgerilor sau a strabismului. Fă un examen al fundului de ochi. Computer tomografia poate fi foarte utilă (evită RMN deoarece unii corpi străini pot fi magnetici).

Contuziile. Ochii sunt bine protejaţi de către rebordurile osoase ale orbitelor. Contuziile severe cauzate de obiectele mari pot leza ochii dar obiectele mici cum ar fi dopurile de şampanie, mingile de squash sau proiectilele armelor cu aer comprimat (p. 765) pot produce contuzii locale, ex: echimoze palpebrale şi hemoragii subconjunctivale (dacă limita posterioară a unei asemenea hemoragii nu se poate observa, atunci consideră existenţa unei fracturi orbitare). Ambele se rezolvă în decursul a 2 săptămâni. Ruptura de cornee nu se întâlneşte frecvent dar necesită un tratament imediat efectuat de către un specialist. Hemoragiile intraoculare afectează de obicei acuitatea vizuală şi trebuie urmarită de către un specialist. În camera anterioară se poate găsi deseori sânge (hyphaema): cantităţile mici dispar de obicei în mod spontan dar cantităţile mari pot necesita manevre evacuatorii. Pot apărea şi hemoragii posterioare. Unul din pericolele asociate hemoragiei este reprezentat de dezvoltarea glaucomului secundar. Hemoragiile secundare apar rareori după 72h de la traumatism. Uneori irisul apare paralizat şi dilatat (de obicei îşi revine în câteva zile sau săptămâni, dar trebuie exclusă o hemoragie vitroasă). Alte consecinţe ale traumatismelor oculare sunt reprezentate de dislocarea cristalinului, disecţia rădăcinii irisului, ruperea coroidei, dezlipirea de retină şi leziuni ale nervului optic. Aceste leziuni sunt mai frecvente în situaţiile în care contuziile sunt produse de obiecte mici.

Traumatismele orbitei pot produce fracturi prin care conţinutul orbitar herniază în sinusul maxilar. Limitarea mişcărilor muşchilor drept inferior şi oblic inferior poate produce diplopie. Este necesară reducerea fracturii şi eliberarea muşchilor.

Plăgile tăiate şi penetrante. Trimite de urgenţă la oftalmolog – cu cât întârzierea este mai mare, cu atât mai mare este riscul de infecţie, expulzie sau lezare a conţinutului ocular. În cazul leziunilor uveei există riscul oftalmiei prin simpatie la celălalt ochi. ▶Dacă din anamneză rezultă existenţa unor obiecte zburătoare (ex: condiţii de muncă cu strunguri, ciocane sau dălţi), este necesar un examen prompt şi atent precum şi un examen radiologic pentru a exclude corpii intraoculari.

►►*Nu* încerca să extragi corpii străini având dimensiuni mari (ex: cuţite). Asigură susţinerea acestor obiecte cu atele. Transportă în decubit dorsal. Pansează ochiul sănătos pentru a evita leziunile datorate mişcărilor conjugate. Realizează o radiografie craniană sau o CT pentru a exclude interesarea intracraniană.

Corpii străini. Pot fi greu de observat: examinează toate segmentele globului ocular deoarece se pot produce rupturi retiniene, dezlipiri, hemoragii vitroase, cataracte, hyphema, iregularitate pupilară, hemoragii subconjunctivale şi chemosis. În cazul corpilor străini cu viteză mare realizează o echografie a orbitei: rata de identificare este de 90% vs 40% în cazul radiografiei de craniu – dar tehnica este dificilă şi uneori nu se efectuează în departamentele de urgenţe foarte aglomerate. Înlăturarea corpilor străini superficiali se poate realiza folosind un triunghi de plastic curat. Îndepărtează pleoapele şi verifică dacă nu au rămas fragmente de material sub ele. După înlăturare, foloseşte instilaţii oculare cu cloramfenicol 0,5% pentru a preveni infecţia. La cea mai mică suspiciune cere sfatul unui coleg mai în vârstă.

Abraziunile corneene. Sunt produse deseori de obiecte mici şi rapide cum ar fi unghiile copiilor sau ramurile mici ale copacilor. Pot produce o durere intensă. Se colorează cu fluoresceina şi se vindecă în 48h. Instilaţiile oculare cu antibiotice trebuie folosite până în momentul vindecării. Nu sunt necesare pansamente oculare.[1]

Arsuri. Tratează prompt arsurile; ţine pleopele deschise şi spală ochii cu apă curată în cantitate mare; caută în acest timp antidotul specific. Toate arsurile pot avea consecinţe tardive grave, ex: cicatrice corneene, opacifieri şi leziuni palpebrale.

Ochiul şi arcul electric. Sudorii şi persoanele care folosesc dispozitive cu raze UV pentru a se bronza şi care nu folosesc mijloace de protecţie împotriva radiaţiilor UV pot prezenta leziuni ale epiteliului corneean. Apare o senzaţie de corp străin, epifora şi blefarospasm. Administrează midriatice (vezi p. 594), pansează ochiul şi aşteaptă vindecarea.

---

[1] DL Easty 1993 *BMJ* ii 1022

Orbirea şi vederea parţială

Pe plan mondial cauzele de orbire sunt foarte diferite, în funcţie de starea de nutriţie şi de distribuţia afecţiunilor. La nivel mondial 80% din persoanele oarbe se află în ţările dezvoltate. Afecţiunile care sunt responsabile pentru cele mai multe cazuri de orbire sunt reprezentate la nivel mondial de: trahom, cataractă (50% din cazurile de orbire de pe mapamond), glaucom, keratomalacie şi onchocercoza. În trecut, gonoreea, variola şi lepra (10% din persoanele afectate erau oarbe) constituiau de asemenea cauze importante de orbire, dar acum rolul lor este mai redus.

Rata orbirii este mai mare de 10/1 000 în unele părţi din Africa şi Asia, dar ea nu depăşeşte 2/1 000 în SUA şi UK. În UK orbirea poate fi declarată în mod voluntar, ea permiţând obţinerea unor avantaje. Deşi cuvântul "orbire" înseamnă incapacitatea de a percepe lumina, o persoană poate fi înregistrată ca oarbă atunci când acuitatea ei vizuală este sub 3/60, sau când este mai mare de 3/60 dar se însoţeşte de amputări masive ale câmpului vizual (ca în glaucom). În UK sunt înregistrate 166 700 de persoane oarbe (în 1991), în fiecare an înregistrându-se 13.600 de cazuri noi şi 107.000 de persoane având numai o vedere parţială. Criteriul de definire a vederii parţiale este reprezentat de o acuitate vizuală < 6/60 (sau > 6/60 dar cu amputări de câmp vizual). În UK cauzele orbirii s-au modificat considerabil în ultimii 70 de ani. În timp ce în 1920 oftalmia neonatorum (p. 109) era responsabilă pentru 30% din totalul cazurilor de orbire întâlnite în şcolile de orbi din Anglia, ea a devenit acum o afecţiune rară şi tratabilă. În anii 50' fibroplazia retrolentală era frecventă, ea afectând mai ales sugarii prematuri; monitorizarea oxigenului intraarterial la nou-născuţii prematuri încearcă să prevină această afecţiune. Odată cu creşterea numărului persoanelor în vârstă, cele mai frecvente cauze de orbire au devenit afecţiunile care interesează această categorie populaţională. Aproape două treimi dintre persoanele oarbe au vârsta peste 65 de ani, iar aproape jumătate sunt în vîrstă de peste 75 de ani. Degenerescenţa maculară, cataracta şi glaucomul sunt cele mai frecvente cauze de orbire.

În Anglia şi Ţara Galilor responsabilitatea înregistrării cazurilor de orbire revine autorităţilor locale. Examenul oftalmologic necesar înregistrării este făcut de un medic primar oftalmolog şi este benevol, nefiind obligatoriu. Persoanele oarbe beneficiază de scutiri suplimentare de impozit, de reduceri la plata taxelor pentru televiziune, de avantaje în ceea ce priveşte mijloacele de transport precum şi de acces la cărţile vorbite. Pentru ca persoanele cu vedere parţială să beneficieze de cărţi vorbite este necesar un certificat special eliberat de medicul oftalmolog. În trecut era obligatoriu ca fiecare persoană oarbă înregistrată să primească vizita unui angajat al serviciului social; acum această practică nu mai este valabilă deşi serviciile sociale au angajaţi specializaţi în îngrijirea orbilor.

Institutul National Regal pentru Orbi[1] poate oferi sfaturi referitoare la diversele probleme, cum ar fi câinii dresaţi (pot fi obtinuţi dacă sunt necesari pentru prestarea unor munci utile).

Copiilor cu handicap vizual le sunt oferite servicii de şcolarizare speciale. Şcolile speciale au un raport personal/copii crescut, echipament special şi multe beneficiază de serviciile unui oftalmolog. Dezavantajul este reprezentat de faptul că copiii orbi nu prezintă multe contacte cu ceilalţi copii, mai ales dacă şcolile funcţionează în regim de internat.

Vederea colorată

Orbirea pentru culori. Pentru vederea colorată normală sunt necesari fotopigmenţii de la nivelul celulelor cu conuri care sunt sensibili la lumina albastră, verde şi roşie. Cel mai frecvent defect ereditar al vederii colorate prezintă o transmitere legată de cromozomul X şi constă într-o tulburare a discriminării roşu-verde. Incapacitatea de a discrimina culoarea albastră de cea galbenă este de obicei dobândită şi afectează în mod egal cele două sexe.

Diagnostic: Se face folosind grafice colorate discriminatorii, ex: planşele Ishihara.

Alterarea vederii colorate poate fi un indicator sensibil al afectării maculare sau a nervului optic.

Monocromatismul. Poate fi rezultatul absenţei din naştere a celulelor cu conuri (având drept consecinţă o acuitate vizuală scăzută, lipsa vederii colorate, fotofobie şi nistagmus) sau, foarte rar, faptului că celulele cu conuri conţin acelaşi pigment vizual (monocromia celulelor cu conuri) ceea ce împiedică distingerea culorilor.

---

[1] Roy Nat Inst Blind, 224 Great Portland Street, London WIN 6 AA (tel 0171 388 1266)

Medicamentele şi ochiul

Medicamentele aplicate local la nivel ocular pot fi absorbite prin cornee şi pot produce efecte sistemice secundare. De exemplu, există riscul inducerii bradicardiei şi bronhospasmului la indivizii susceptibili atunci când acestora li se administrează picături intraoculare cu substanţe beta-blocante (ex: Timolol) pentru glaucom.

Ochiul nu reţine picăturile la fel de mult ca unguentele şi de aceea pot fi necesare administrări la fiecare două ore. Unguentele oculare sunt indicate în special pentru administrarea nocturnă şi în condiţiile în care se formează cruste şi aderenţe pe marginile pleoapelor. Lasă 5 minute între administrarea instilaţiilor oculare pentru a evita pierderea acestora prin prea-plin. Antibioticele cel mai des folosite nu sunt cele care sunt utilizate în general pe cale sistemică. Cel mai frecvent se utilizează cloramfenicolul, neomicina, gentamicina şi framicetina. Toate preparatele oculare nu trebuie folosite mai mult de o lună. Contaminarea picăturilor este rară deoarece conţin substanţe bacteriostatice şi în practică ele pot fi utilizate timp îndelungat.

Midriaticele. Aceste medicamente dilată pupila. Provoacă cicloplegie şi de aceea se însoţesc de o vedere tulbure (pacientul trebuie avertizat să nu conducă). Midriaza necesară examinărilor se realizează cel mai bine folosind tropicamida 0,5% sau 1% a cărei acţiune durează trei ore. Ciclopentolatul 1% are o durată de acţiune de 24 de ore, iar acţiunea atropinei durează 7 zile: aceste două medicamente sunt preferate pentru producerea cicloplegiei pentru refracţie la copii (se aplică sub formă de unguent la copiii sub 5 ani). Ele mai pot fi folosite pentru prevenirea formării sinechiilor în irite şi pentru atenuarea durerilor după unele traumatisme. ▶La persoanele în vârstă de peste 60 de ani, care au o cameră anterioară mică (în special dacă există antecedente familiale de glaucom) pot precipita glaucomul acut. Cu toate acestea, majoritatea specialiştilor consideră că utilizarea unui midriatic cu acţiune scurtă pentru a diagnostica o afecţiune gravă justifică acest risc (mic).

Meioticele. Produc constricţia pupilei şi cresc drenajul umorii apoase. Sunt folosite pentru a contrabalansa acţiunea midriaticelor şi în tratamentul glaucomului (p. 578). Cea mai frecventă folosită este pilocarpina 1-4%.

Anestezicele locale. Un exemplu este amethocaina (0,5%-picături). Poate fi utilizată pentru a examina un ochi dureros la care blefarospasmul constituie o problemă sau pentru înlăturarea unui corp străin.

▶Aboleşte reflexul corneean aşa că utilizarea lor pentru tratamentul durerii se însoţeşte de riscul unor leziuni corneene. Pentru diminuarea durerii foloseşte un pansament ocular, comprese reci şi midriatice (dar nu în glaucom).

Instilaţii oculare cu steroizi ▶Se însoţesc de un pericol potenţial mare deoarece pot induce progresia catastrofală a unor ulcere dendritice (p.552). Examenul oftalmoscopic poate să nu depisteze ulcerele dendritice şi de aceea examenul cu lampa cu fantă este esenţial atunci când se intenţionează administrarea de instilaţii oculare cu steroizi, de exemplu în alergii, episclerită sau irită.

Afecţiuni oculare iatrogene. Glaucomul nu este precipitat numai de midriatice; şi alte medicamente pot precipita sau agrava glaucomul. Cel mai frecvent implicate sunt substanţele cu efecte anticolinergice (unele antiparkinsoniene, antidepresivele triciclice) şi steroizii.

Câteva medicamente afectează retina dacă sunt utilizate timp îndelungat. Pacienţii care iau etambutol trebuie avertizaţi să raporteze *orice* efecte secundare vizuale (scăderea acuităţii, incapacitatea de a percepe culorile). Cloroquina şi alte antimalarice pot provoca leziuni în cazul utilizării de durată, mai ales dacă se folosesc doze mari.

Obţinerea şi prepararea instilaţiilor oculare[1]

Gentamicina forte are concentraţia de 15 mg/ml – (preparatul obişnuit aflat în comerţ are 3 mg/ml); penicilina 5 000 u/ml; meticilina 20 mg/ml şi antifungicele pot fi obţinute de la farmacistul şef, Moorfields Eye Hospital (tel. 0171-2533411)

Antibioticele pot fi preparate şi acasă:

Gentamicina forte: adaugă 2 ml din fiola de gentamicina IV 40 mg/ml la un flacon de gentamicină aflat în comerţ şi având 5 ml (3 mg/ml).

Alte antibiotice pot fi preparate folosind produsele IV care sunt aduse la concentraţiile dorite folosind apa sau clorura de sodiu. Aceste combinaţii sunt stabile un interval de timp egal cu cel recomandat de producător în prospect pentru soluţiile IV. Penicilina G poate fi utilizată în concentraţii de până la 500.000 U/ml.

---

[1] Realizat pe baza informatiilor oferite de Mr. JKG Dart FRCS, Moorfields Eye Hospital, City Rd, London, ECIV 2 PD

Lentilele de contact

Medicii vor veni în contact deseori cu purtători ai lentilelor de contact: dacă nu poartă chiar ei înşişi. atunci mulţi din pacienţii lor vor fi purtători.

80% din purtătorii lentilelor de contact le folosesc din motive cosmetice. Doar în 20% de cazuri sunt utilizate deoarece prezintă avantaje faţă de ochelari în afecţiunea oculară existentă. Dintre aceste 20% din cazuri. o minoritate poartă lentile de contact pentru a masca o afecţiune oculară desfigurantă şi inoperabilă. iar cei mai mulţi pentru corectarea unor erori de refracţie grave

Miopia peste -12 dioptrii şi hipermetropia peste +10 constituie indicaţii pentru lentile de contact deoarece în cazul utilizării unor ochelari echivalenţi apar distorsiuni ale câmpului vizual. Utilizarea lentilelor de contact după operaţiile de cataractă este inclusă în această ultimă categorie. Lentilele de contact sunt utilizate în scop terapeutic şi în cazul celor care au prezentat ulceraţii sau traumatisme corneene când este necesară o nouă suprafaţă frontală a corneei, precum şi în keratoconus. Keratoconus-ul este o afecţiune degenerativă corneean rară, lent progresivă şi care se însoţeşte de subţierea şi protruzia anterioară a corneei centrale. Singurul simptom este reprezentat de vederea tulbure. În fazele precoce, lentilele de contact pot compensa distorsiunile corneene, dar în fazele avansate este necesară grefa de cornee.

Tipuri de lentile. Lentilele dure au un diametru de 8,5-9 mm şi sunt confecţionate din polimetilmetacrilat (PMMA).

Lentilele dure permeabile la gaze sunt cu 0,5 cm mai mari şi sunt concepute pentru a permite difuziunea gazelor până la corneea aflată dedesubt. Ele pot fi utilizate numai dacă există un grad mic de astigmatism şi nu se umezesc la fel de bine ca şi lentilele dure tip standard, de aceea ele se pot opacifia pe parcursul zilei. Odată cu introducerea lentilelor de contact moi, de dimensiuni mari (13-15 mm diametru) s-a sperat că se vor rezolva multe din problemele create de lentilele dure. În cazul astigmatismului nu se poate realiza o corecţie adecvată deoarece lentila se mulează foarte bine pe corneea astigmatică şi este flexibilă. Ele sunt mai delicate decât lentilele dure şi necesită o curăţire meticuloasă. Pacienţii pot prezenta keratoconjunctivită sau modificări papilare gigantice la nivelul conjunctivei tarsale superioare, probabil ca urmare a sensibilizării la materialele de curăţire folosite sau datorită mucusului care se formează pe lentile.

Curăţirea lentilelor. Diferitele soluţii destinate curăţirii lentilelor şi care sunt produse de firme diferite nu trebuie amestecate.[1] În cazul lentilelor dure se folosesc de obicei două soluţii, una pentru spălare şi clătire şi una pentru stocare. Înainte de plasarea lentilelor dure, ele trebuie curăţate de soluţia de stocare existentă pe suprafaţa lor. Lentilele moi, fiind permeabile, au tendinţa de a absorbi substanţele chimice, de aceea pentru curăţirea lor se vor folosi soluţii slabe. În plus, lentilele vor fi curăţate la perioade regulate cu altă soluţie (ex: ce conţine enzime) pentru a înlătura mucoproteinele de pe suprafaţa lor. Sensibilizarea la agenţii de curăţare se manifestă de obicei prin eritem, înţepături, creşterea mobilităţii lentilei, creşterea producţiei de mucus şi îngroşarea pleoapelor. Poate fi necesară întreruperea purtării lentilelor timp de mai multe luni. Când se reîncepe utilizarea lor foloseşte un sistem de curăţare fără conservant.

Complicaţii 1 Eroziunile corneene sunt frecvente la început când are loc ajustarea lentilelor. Durerea, lăcrimarea apar la câteva ore după îndepărtarea lentilei.

2 Sensibilizarea la agenţii de curăţare.

3 Pierderea lentilei la nivel ocular. Lentilele dure se pot pierde în orice fund de sac, lentilele moi se pierd mai ales în fundul de sac superior.

4 Keratita, mai ales după utilizarea prelungită (>6 zile) a lentilelor moi.[1]

5 Colorarea cu rifampicină sau fluoresceină.

---

[1] J Dart 1991 *Lancet* ii 650

Blefarospasmul

Este o contracţie involuntară a muşchiului orbicular al pleoapelor. Apare frecvent ca răspuns la durerea oculară. Blefarospasmul repetitiv, care îl poate orbi efectiv pe pacient, face parte din categoria distoniilor focale (vezi MMC, p. 428). Dacă afecţiunea nu este recunoscută, este uşor ca pacientul să fie diagnosticat ca isteric şi să consideri că închiderea ochilor este deliberată – mai ales că pe măsură ce medicul îl chestionează pe pacientul speriat, cu atât blefarospasmul poate deveni mai important (stresul este un important factor agravant).

Prezentare. Raportul femei/bărbaţi este de = 1,8. Blefarospasmul este precedat adeseori de un clipit exagerat. Pot fi prezente şi alte distonii (ex: oro-mandibulară). Debutul este de obicei unilateral, dar afecţiunea devine bilaterală. Pacienţii pot prezenta multiple gesturi prin care încearcă să reducă blefarospasmul, cum ar fi atingerea sau împingerea pleoapelor - o variantă de "geste antagoniste" observată în alte forme de distonie.

Cauze. Majoritatea necunoscute. Evenimente anterioare cu rol declanşator: medicamente neuroleptice, boala Parkinson, paralizia progresivă supranucleară.

Tratament. *Medicamente:* Nu există panacee iar răspunsul este variabil – efectele pozitive având tendinţa să dispară. Foarte utile sunt anticolinergicele cum ar fi benzhexol-ul, 1 mg/zi PO, care se creşte gradat până la 5 mg/8 h (tabletele au 2 mg sau 5 mg). Atât agoniştii (L-dopa, bromocriptina) cât şi antagoniştii de dopamină pot fi utili. *Toxina botulinica:* cu ajutorul unor doze de ordinul nanogramelor din această toxină ce sunt injectate în muşchiul orbicular al pleoapelor se realizează o paralizie temporară flască a acestui muşchi. Unele persoane pot fi astfel ajutate să-şi recapete efectiv vederea.[1] Neurotoxina se leagă la terminaţiile nervilor periferici şi inhibă eliberarea de acetilcolină. Tratamentul trebuie repetat la intervale de 3 luni. *Tratamentul suportiv:* Pacienţii pot obţine un sprijin considerabil din partea Dystonia Society.[2]

Afecţiuni oculare alergice

Conjunctivita din cadrul febrei de fân. Există de obicei antecedente alergice (la animale sau polenuri). Ochiul este roşu, cu chemosis şi lăcrimare. Compresele reci pot fi utile. Se mai pot folosi instilaţii oculare cu adrenalină 1:1000, sau cromoglicat de sodiu, unguent 4% de două ori pe zi sau instilaţii oculare 2% la fiecare 6 ore.

Keratoconjunctivita sezonieră

Este o conjunctivită alergică bilaterală ce se întâlneşte relativ rar, apare de obicei înainte de pubertate şi durează 5 ani. Bărbaţi/femei >1.

De cele mai multe ori există antecedente familiale de atopie. Este cvasi-inexistentă în zonele reci. *Prezentare:*

- Prurit ocular şi fotofobie
- Aspect de "pietre de pavaj" al conjunctivei tarsale superioare
- Conjunctiva lăptoasă şi scurgere oculară
- Papile la nivelul conjunctivei tarsale superioare
- Arc corneean (ulcer) lîngă limb
- Pseudomembrane (semn Maxwell-Lyon)

Tratament: Este o afecţiune autolimitantă. Administrarea profilactică de cromoglicat poate fi utilă. Evită corticosteroizii datorită complicaţiilor pe termen lung (glaucom, cataractă, infecţii fungice); pot fi utilizaţi însă în cursul fazelor fotofobice de scurtă durată.

Hipersensibilitatea întârziată: keratoconjunctivita flictenulară. Poate fi un răspuns întârziat faţă de micobacterii, stafilococi, levuri sau chlamydia. Flictenele conjunctivale apar sub forma unor papule dure, roşii, având 1-3 mm diametru şi înconjurate de o zonă hiperemică. La nivelul limbului au un aspect triunghiular, cu vârful spre cornee. Se ulcerează şi se vindecă în 12 zile. Flictenele corneene apar sub forma unor infiltrante amorfe, de culoare gri şi lasă cicatrice. Pot provoca o fotofobie intensă. *Tratament:* cere ajutorul unui expert. Instilaţiile oculare cu steroizi pot fi foarte utile. Tratează orice cauză bacteriană.

---

[1] F Grandas 1988 *J Neurology, and Psychiatry* **51** 767-72

[2] UK address: Unit 23, Omnibus Workspace, 39-41 North Road, London N7 9 DP (tel 0171 700 4594)

Obiectele volante, stelele şi halourile

Tulburările vizuale minore pot fi alarmante. Este esenţial să deosebeşti tulburările minore care necesită imediat examen de specialitate de marea majoritate a acelora care nu necesită o asemenea atitudine.

Obiectele volante. Acestea sunt pete mici, negre ce apar în câmpul vizual. Se observă mai uşor atunci când există un fundal luminos. Fiecare obiect este umbra pe retină a unei opacităţi mobile de la nivelul corpului vitros. Atunci când globul ocular se afla în repaos, ei continuă să se deplaseze. Deseori cauza este reprezentată de opacităţi degenerative de la nivelul vitrosului (syneresis). Se întâlnesc frecvent la miopi sau după traumatisme. Majoritatea sunt doar supărătoare (atunci când sunt situate central) dar nu au consecinţe grave şi pot dispărea cu timpul. Examinează întotdeauna corpul vitros şi retina înainte de a linişti pacientul.

O ploaie bruscă de obiecte volante ce apare la un singur ochi (şi care poate fi acompaniată de lumini strălucitoare) se datorează sângelui ►*Trimite imediat* la oftalmolog, deoarece cauza poate fi reprezentată de dezlipirea de retină (p. 582). Alte cauze

- Retinopatia diabetică
- Hipertensiune
- Leucemie
- Ocluzia veche a unui ram venos retinian
- Endocardita
- Sarcoidoza
- Sângerări vitroase recurente (boala Gales)
- Siclemia
- TBC; SLE

Lumini strălucitoare. Pot fi produse de patologia intraoculară sau de migrene. Prezintă pacientul cefalee, greţuri sau migrene în antecedente? Detaşarea vitrosului de retină (frecvent întâlnită la miopi) poate produce apariţia de lumini strălucitoare şi de obiecte volante. 5% evoluează spre ruptură şi dezlipire de retină. Leziunile retiniene sunt de obicei periferice şi greu de observat – trimite imediat pacientul la specialist.

Halouri. Apariţia unor halouri, fine, colorate în jurul surselor de lumină este un fenomen de difracţie şi pot fi observate atunci când o lumină albă este privită noaptea printr-o fereastră aburită (şi luminile de pe stradă pot avea halouri atunci când sunt privite prin geamurile aburite ale maşinii sau prin ochelari cu lentilele zgâriate).

Pot fi produse şi de un mediu ocular tulbure, cum ar fi cataracta sau edemul corneean. În glaucomul acut există un edem corneean produs de creşterea presiunii intraoculare dată de dilatarea pupilară. Dacă halourile se însoţesc de durere oculară, ia în considerare glaucomul şi trimite imediat pacientul la specialist.

Obiectele volante, stelele şi halourile

Halourile care-şi modifică forma se datorează de obicei migrenei. Fereşte-te să atribui migrenei halourile ce apar la pacienţii în vârstă de peste 50 de ani care nu au suferit până acum de migrene.

7. Afecţiuni oto-rino-laringologice

Traducere de Dr. **ROBERT NEGRU**

Examenul O.R.L. 604
Urechea 606
Teste auditive 608
Otalgiile 610
Otalgia însoţită de scurgeri auriculare 612
Revărsatele lichidiene ale urechii medii 614
Surditatea în copilărie 616
Surditatea la adulţi 618
Tinnitus 620
Vertijul (Vertigo) 622
Obstrucţia nazală 624
Traumatismele nazale şi corpii străini 626
Sângerările nazale (epistaxis) 628
Sinusurile paranazale 630
Infecţiile faringiene şi tumorile amigdaliene 632
►►Stridor-ul 634
Răguşeala 636
Tumorile din sfera O.R.L. 638
Disfagia 640
Paralizia facială 642
Formaţiunile tumorale ale gâtului 644
Glandele salivare 646
Câteva afecţiuni dentare & periodontale 648

Examenul O.R.L.

Medicii care lucrează în departamentele O.R.L. sunt uşor de recunoscut datorită oglinzilor concave prevăzute cu un orificiu central şi pe care ei le poartă pe frunte. Aceste oglinzi concentrează lumina emisă de o sursă luminoasă independentă, sub forma unui fascicul care va permite o bună iluminare, şi lasă libere ambele mâini ale medicului. Noile dispozitive pentru nasoendoscopie prevăzute cu fibre optice elimină necesitatea oglinzii.

Examenul urechii. Examinează *orificiul auditiv* extern, *pinna* precum şi zonele învecinate pentru a observa un eventual edem sau semnele de inflamaţie. Curăţă orice scurgere şi înlătură orice *dopuri de cerumen* (p.606). Instalează pe otoscop cel mai larg şi mai comfortabil speculum auricular şi examinează întreaga lungime a conductului auditiv extern precum şi *timpanul*. Observarea timpanului este prima tehnică pe care trebuie să o stăpâneşti, ea fiind relativ uşoară. Adevărata tehnică constă în a observa ce se află *în spatele* timpanului, şi aceasta se însuşeşte în mulţi ani. Începe prin a trage de pavilion în sus şi în spate, pentru a transforma conductul auditiv extern într-un conduct rectiliniu. (La sugari, trage pavilionul în spate şi în *jos).* Mânerul ciocanului se constituie într-un reper bine delimitat, situat în spatele membranei timpanului. Anteroinferior faţă de acest reper se observă un reflex luminos produs datorită gradului de concavitate a membranei timpanului din această regiune. Pentru a putea repera cu uşurinţă stânga şi dreapta (de exemplu când priveşti imaginea unui timpan) trebuie să ştii că reflexul luminos este îndreptat în jos şi înainte - spre degetele de la picioare (antero-inferior). Încearcă să observi cu atenţie cadranul postero-superior al timpanului - în spatele lui se află elementele cele mai importante: *pliul maleolar posterior*, lunga apofiză a *nicovalei* şi *nervul facial*. Notează culoarea şi translucenţa membranei, existenţa unor proeminenţe sau perforaţii membranale. În cazul acestora din urmă trebuie notată poziţia lor precum şi dacă ele ajung până la marginea timpanului. *Perforaţiile* localizate în pars flaccida pot fi expresia unor modificări patologice grave (p.612). Mobilitatea membranei timpanului poate fi dovedită folosind un speculum auricular al cărui capăt îngust este închis cu ajutorul unui ecran de sticlă, iar pe lateral este prevăzut cu un orificiu la care se poate ataşa un mic balon de cauciuc. Ciupirea balonului va trebui să producă deplasarea timpanului. În condiţiile în care *trompa lui Eustachio* este permeabilă se va observa mişcarea timpanului în timpul manevrei Valsalva.

Cavităţile nazale şi faringiene. Pentru a putea examina aceste elemente este necesar ca structurile care dorim să le vizualizăm să fie plasate în calea fasciculului de lumină reflectat de oglindă. Pentru început roagă pacientul să deschidă gura fără însă să scoată limba. Aplică o spatulă chiar în spatele celui mai înalt punct al limbii şi roagă pacientul să spună “aaah”. Această manevră va determina *ridicarea palatului*, permiţând astfel examinarea *orofaringelui*, *amigdalelor*, *peretelui posterior al faringelui*, a pilierilor anterior şi posterior ai *lojelor amigdaliene*. La unii pacienţi examinarea se realizează mai bine în condiţiile în care pacientul respiră fară a spune “aaah”.

Plasarea unei oglinzi încălzite sub nivelul orificiului de comunicare din spatele palatului moale, va permite observarea *septului nazal*, a capetelor posterioare, ale cornetelor superior, mijlociu şi inferior, a pereţilor laterali ai *nazofaringelui*, a orificiilor *trompelor lui Eustachio*, a *recesurilor faringiene*, şi a peretelui superior al *naso-faringelui* sau a *vegetaţiilor adenoide*. Rinoscopia anterioară (care foloseşte un speculum special - Thudiculum - pentru a menţine deschise nările) permite vizualizarea extremităţii anterioare a cornetelor inferior şi mijlociu.

Laringoscopia indirectă se realizează menţinând limba pacientului protruzionată şi folosind o oglindă mare încălzită. În timp ce pacientul respiră normal se pot vizualiza *epiglota* şi poarta posterioară a *istmului laringian*. Dacă pacientul este rugat să spună “ee” se pot vizualiza interiorul laringelui şi *corzile vocale*. În cazul în care este necesară o examinare mai amănunţită se va realiza o endoscopie folosind un nas-endoscop de 3 mm, flexibil cu fibre optice. Acum, internările în spital se fac în principal pentru prelevarea unor biopsii şi mai rar pentru diferite examinări ce necesită anestezie.

Urechea

Anatomie. Urechea cartilaginoasă se dezvoltă din 6 tuberculi. Dacă în cursul dezvoltării procesul de fuziune al acestora este perturbat pot apărea fistule (cel mai adesea apare o mică fistulă în faţa tragus-ului) sau pavilioane accesorii (formaţiuni cartilaginoase localizate între comisura bucală şi tragus).

Conductul auditiv extern are o lungime de 3-4 cm şi forma unei litere S uşor încurbate. Treimea sa externă are un schelet cartilaginos, iar la nivelul tegumentului sunt prezente fire de păr şi glande ceroase. Cele două treimi interne sunt înconjurate de structuri osoase, iar tegumentul are o bogată inervaţie senzitivă. Medial şi anterior se află recesul antero-inferior, unde se acumulează secreţiile.

Membrana timpanului separă conductul auditiv extern de urechea medie. La nivelul membranei timpanului se observă mânerul ciocanului care proemină la acest nivel. Cea mai mare parte a membranei timpanului se află sub tensiune *-pars tensa,* dar deasupra apofizei laterale a ciocanului se află o zonă triunghiulară a cărei tensiune este mai redusă - *pars flaccida* (sediul perforaţiilor cu origine în urechea medie).

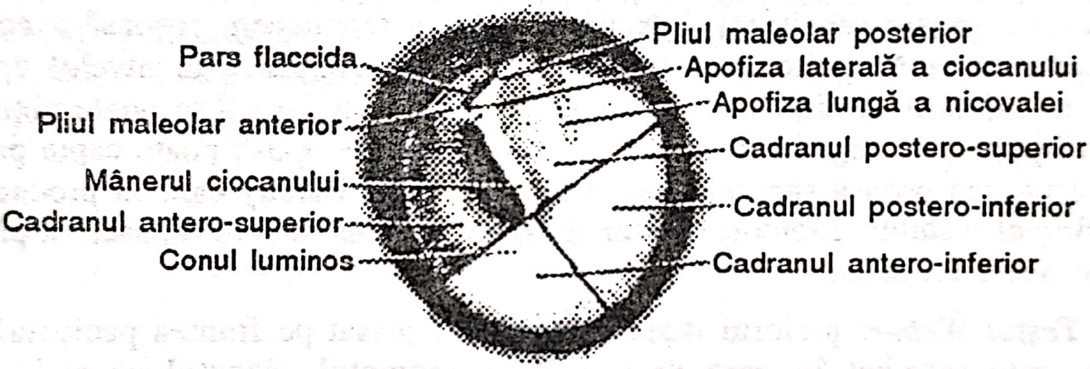
Urechea medie este situată în stânca osului temporal şi conţine lanţul celor 3 oscioare. Ea este delimitată extern de membrana timpanului, iar intern de către urechea internă. Două plăci osoase subţiri separă inferior urechea medie de vena jugulară iar superior de lobul temporal. Anterior trompa lui Eustachio realizează comunicarea cu faringele. Posterior, prin intermediul aditus-ului şi antrum-ului, urechea medie comunică cu celulele mastoidiene.

Ceara (cerumen). Protejează împotriva macerării. În condiţiile unei producţii exagerate de cerumen poate apărea surditatea de conducere şi disconfort. Ceara poate fi înlăturată după înmuierea ei cu picături de ulei (ex: ulei de măsline) zilnic timp de 4 zile şi injectarea de apă la 37°C. Direcţia jetului de apă trebuie să fie în sus şi înapoi. Nu injectaţi apă dacă membrana timpanului este perforată sau după operaţiile pe mastoidă.

Hematoanele pavilionului. Pot apărea după traumatisme directe la nivelul urechii şi trebuie evacuate prompt (de obicei se realizează o aspiraţie folosind un ac cu lumen larg). Realizaţi apoi compresiunea pavilionului pentru a preveni necroza ischemică şi colapsul cartilajului care pot avea drept rezultat aşa-numita ureche în formă de "conopidă" (ureche zdrenţuită). Urechea zdrenţuită poate fi şi consecinţa pericondritei consecutive mastoidectomiei.

Exostozele. Sunt tumefacţii subcutanate moi, bilaterale având origine la nivelul conductului auditiv extern osos. Ele apar mai ales la cei ce practică sporturi nautice. De obicei sunt asimptomatice, dar dacă împiedică scurgerea apei pot favoriza otita externă. Rareori ele obstruează complet conductul auditiv extern şi produc surditatea de conducere. În această ultimă situaţie, este necesară excizia lor chirurgicală.

Corpii străini la nivelul urechii. Insectele trebuie înecate în ulei de măsline iar apoi evacuate cu ajutorul jetului de lichid introdus cu o seringă. În cazul altor obiecte, roagă un specialist să le extragă - deoarece deseori ele ajung destul de profund. Cârligele sau aspirarea se vor utiliza în locul cleştilor. Uneori pentru extragere poate fi necesară anestezia generală.


Pliul maleolar posterior
Pars flaccida
Apofiza laterală a ciocanului
Apofiza lungă a nicovalei
Pliul maleolar anterior
Cadranul postero-superior
Mânerul ciocanului
Cadranul postero-inferior
Cadranul antero-superior
Conul luminos
Cadranul antero-inferior

Membrana timpanului stâng, văzută din lateral. Cele patru cadrane arbitrare sunt delimitate de liniile continuie şi de mânerul ciocanului. (După *Cunningham's Manual*, Vol. 3, OUP).

Teste auditive

Când evaluezi surditatea, determină sediul leziunii, severitatea ei, precum şi cauza. Scopul examinării este de a stabili dacă surditatea este tratabilă şi dacă este componentă a unui alt proces patologic (ex: neurinom acustic). Prima parte a examenului constă în înlăturarea oricăror resturi de cerumen care obstruează conductul auditiv extern

Teste ce utilizează diapazonul. Foloseşte un diapazon cu frecvenţa de 512Hz.

Teste Rinne: În condiţiile unei funcţii auditive normale, conducerea aeriană (diapazonul menţinut lateral faţă de orificiul auditiv extern cu braţele aliniate paralel cu orificiul) este mai bună decât cea osoasă (baza diapazonului plasată pe mastoidă). Când conducerea aeriană este mai bună decât cea osoasă vorbim despre un test Rinne pozitiv. Un asemenea răspuns apare în condiţiile unei urechi normale şi în cazul surdităţii de percepţie (neuro-senzitivă). Răspunsul negativ (conducerea osoasă > conducerea aeriană) apare în surditatea de conducere. Dacă la nivelul unei urechi există o surditate de percepţie completă sau severă se poate obţine un răspuns fals negativ deoarece cohleea de partea opusă poate capta prin transmiterea osoasă sunetele. Folosirea unei cutii Barany care să producă, în timpul testului, zgomote ce vor distrage "atenţia" urechii opuse, va preveni acest fenomen.

Testul Weber: piciorul diapazonului este plasat pe fruntea pacientului care este întrebat în care ureche aude zgomotul. Sunetul se aude la nivelul urechii afectate în cazul surdităţii de conducere, la nivelul urechii de partea opusă în surditatea de percepţie, în timp ce, în cazul în care ambele urechi sunt normale, pacientul nu poate localiza sunetul.

Testele audiometrice. Acestea permit evaluarea cantitativă a scăderii acuităţii auditive şi precizează sediul leziunii. Audiometria cu tonuri pure folseşte echipament electronic care emite (într-o cameră izolată fonic) tonuri de diferite intensităţi şi având frecvenţa cuprinsă între 250 Hz şi 8000 Hz. Pacientul precizează când aude sunetul pentru prima dată, iar intensitatea acestuia este notată (în decibeli). Procedeul evalueză conducerea aeriană. Aprecierea pragului conducerii osoase se realizează folosind un transductor plasat pe mastoidă.

Timpanometria (impedanţa acustică). Depistează existenţa lichidului la nivelul urechii medii (care determină scăderea presiunii, p.614) cu o sensibilitate de 90% şi o specificitate de 75%. Tehnica măsoară proporţia în care un semnal acustic este transmis de la urechea externă la cea internă şi compară componenta absorbită şi cea reflectată pentru a evalua presiunea din urechea medie.[1] Se utilizează un receptor pentru a obtura conductul auditiv şi se introduc în canal presiuni diferite în timp ce complianţa timpanului se înregistrează pe un grafic. În cazul unei urechi normale curba complianţei are formă de clopot. Existenţa lichidului în urechea medie va duce la aplatizarea curbei. Sunetele cu intensitate mare (> 85dB) produc o incizură la nivelul graficului, ca urmare a contracţiei muşchiului scăriţei (mediată de nervul VII). La 5% din populaţia normală, acest reflex lipseşte.

Audiometria vorbită. Aceasta evaluează perceperea vorbirii deasupra nivelului prag. Metoda va indica dacă defectele senzoriale au sediu cohlear sau nervos. Poate fi utilizată pentru a evalua utilitatea unei proteze auditive.

Evaluarea auzului la copii. Cooperarea acestora este necesară pentru efectuarea testelor de mai sus. La sugarii sub 6 luni, funcţia auditivă se evaluează folosind răspunsul motor sau clipitul. La 6 luni copii trebuie să-şi întoarcă capul spre sunete. Începând de la vârsta de 3 ani, audiometria este posibilă.

1 A Maw 1992 BMJ i 67

Otalgiile

Când cineva acuză dureri la nivelul urechii (otalgie), examinarea trebuie să includă atât urechea - pentru cauze locale (ex: otita externă p.612, otita media p.612 sau mastoidita), cât şi cauzele unei dureri iradiate.

Durerea iradiată. Dacă patologia locală nu este prezentă, ia în considerare faptul că durerea poate fi iradiată. Cinci nervi pot avea iradierea durerii la nivel auricular. Ramul auricular al nervului trigemen poate cauza iradierea durerii de la sinusul sfenoidal sau dinţi. Marele nerv auricular (C2,3) produce iradierea durerii de la plăgi cervicale, de la glandele cervicale sau de la discurile cervicale sau leziunile artrozice. Un ram senzitiv al nervului facial realizează iradierea durerii în herpesul geniculat (sdr. Ramsay Hunt, p.874). Ramul timpanic al glosofaringianului şi ramul auricular al vagului pot cauza iradierea durerii faringiene la nivel auricular, de exemplu în amigdalită, carcinomul treimii posterioare a limbii, a fosei piriforme sau laringelui.

Miringita buloasă. Infecţiile virale (virusul gripal), *Hemophilus influenzae* şi *Mycoplasma pneumoniae* pot fi cauza apariţiei unor vezicule hemoragice dureroase localizate pe membrana timpanului şi în conductul auditiv extern. Se pot însoţi de apariţia de lichid hemoaragic în urechea mijlocie.

Barotrauma (aerotita). Sunt leziuni produse de modificări ale presiunii atmosferice în condiţiile în care trompa lui Eustachio este obstruată. Afectează mai ales scufundătorii şi pe cei care călătoresc cu avioanele (nepresurizate). Fenomenul poate fi prevenit prin manevre Valsalva repetate, în timp ce avionul coboară şi prin utilizarea decongestantelor (ex: xilometazoline spray intrazanal la fiecare 20 minute, începând cu 1h înaintea aterizării). Persoanele cu revărsate ale urechii medii şi otite medii nerezolvate trebuie să nu zboare. Cei afectaţi de acest fenomen acuză senzaţii de presiune, durere în spatele timpanului şi zone hemoragice la nivelul membranei. Se însoţeşte de surditate de conducere. Lichidul, de obicei, se resoarbe în câteva săptămâni.

Mastoidita. În epoca preantibiotică reprezenta o complicaţie ce afecta 15% din cazurile de otită medie. Ca urmare a drenajului defectuos din urechea medie, presiunea va creşte în celulele aeriene ale mastoidei însoţindu-se de ruperea septurilor osoase dintre ele. Acest proces necesită 23 săptămâni. Persoanele afectate acuză durere, subfebrilitate, stare generală alterată şi scăderea acuităţii auditive. Există o scurgere auriculară în cantitate variabilă care de obicei are miros fetid. Mastoidita trebuie suspectată la cei ce prezintă scurgeri auriculare cu durată mai mare de 10 zile. În mod clasic, apariţia unei tumefacţii retroauriculare însoţită de deplasarea în jos a lobului urechii implică formarea unui abces subperiostal - o trăsătură caracteristică a mastoiditei.

Radiografia de mastoidă poate exclude diagnosticul atunci când celulele aeriene sunt normale. În mastoidită sau otită externă apare un aspect înceţoşat al sistemului celular. Tratamentul iniţial constă în antibiotice intravenos (ex: ampicilină 500 mg/6h IV) şi miringotomie (prelevează material pentru culturi şi ajustează antibioterapia dacă este necesar). Dacă vindecarea nu se produce, este necesară mastoidectomia.

Otalgia însoţită de scurgeri auriculare (otoreea)

▶Nu uita colesteatomul printre cauzele probabile (p.612).

Furunculoza. Se datorează infecţiei foliculilor piloşi (cu etiologie stafilococică cel mai adesea) şi apare în treimea externă a conductului auditiv extern însoţindu-se de o durere severă (accentuată de mişcările mandibulei). Trebuie să ai în vedere un posibil diabet. Tragus-ul este dureros la atingere, durerea este indusă de mişcările lobului urechii, iar furunculul poate fi observat în conductul auditiv extern.

Tratamentul constă în căldură locală (sticlă cu apă caldă), analgezie adecvată şi aplcaţii locale (ex: ichtammol şi glicerină pe vată/la 12h). Administrează amoxicilină 250mg/8h PO şi flucloxacilină 250mg/6h PO dacă există celulită sau manifestări sistemice.

Otita externă. Apare deseori pe urechi descuamate consecutiv eczemelor, dermatitei seboreice, psoriazis-ului (secundară leziunilor de grataj) sau la persoanele care înoată mult şi au tegumentele auriculare macerate de apă. Se poate prezenta cu durere şi otoree (deseori de consistenţă crescută). Mişcările pavilionului sau compresiunea exercitată pe tragus pot provoca durere. Materialul infectat trebuie evacuat (în cazurile uşoare folosind un jet de lichid iar în cazurile severe realizând toaleta auriculară cu ajutorul unui tampon de vată). Antibioticele pot fi administrate sub formă de picături auriculare ex: gentamicină 0,3% picături/6h (uneori în combinaţie cu un steroid), sub forma unor tampoane lăsate ***in situ*** sau pulverizate după toaleta auriculară. Aceste preparate locale trebuie utilizate numai un timp scurt, folosirea lor prelungită favorizând infecţiile fungice greu de eradicat.

Colesteatomul. Ţesutul epitelial scuamos stratificat (piele) din urechea medie şi mastoidă erodează structurile locale (ex: labirint, meninge, nerv facial) şi contribuie la propagarea infecţiei. *Diagnostic:* Poate exista o scurgere auriculară urît mirositoare şi perforaţii posterioare ale aticii. *Complicaţii:* paralizia nervului facial, meningita, abcesul cerebral. *Tratament:* consultă un specialist care poate salva urechea prin incizia chirurgicală a întregului ţesut osos afectat şi infectat (mastoidectomia, atticotomie, atticoantrostomie). Când intervenţiile chirurgicale realizează cavităţi care comunică cu conductul auditiv extern, otoreea va persista până când cavitatea va fi căptuşită de piele.

Otita medie. Durerea auriculară (otalgia) poate fi urmată de o otoree profuză, purulentă, în momentul perforaţiei timpanului. Scurgerea auriculară încetează de obicei după câteva zile. Tratează cu antibiotice (ex: amoxicilină 250 mg/8h PO, înjumătăţeşte doza la sugari şi copii şi administreaz-o timp de 3 zile sub formă de sirop fără zahăr). Dacă otoreea persistă, gândeşte-te la o mastoiditită (p.610). Scurgerea mucopurulentă poate continua uneori şi în absenţa mastoiditei. Tratamentul este oral, cu antibiotice adecvate conform culturilor efectuate din materialul patologic. Realizează toaleta pentru a înlătura materialul infectat din conductul auditiv extern. Dacă scurgerea continuă, consultă un specialist.

Otita medie cronică supurată. Provoacă otoree, scăderea acuităţii auditive, dar nu se însoţeşte de durere. Perforaţiile indică afectarea părţii antero-inferioare a urechii medii. Tratamentul are drept scop eliminarea scurgerii auriculare (toaleta auriculară, picături auriculare cu antibiotice şi steroizi în funcţie de culturi). Tratamentul chirurgical corectează discontinuităţile dintre elementele lanţului de oscioare şi închide timpanul.

Revărsatele lichidiene ale urechii medii

Se diagnostichează fie prin aspectul otoscopic (observarea unui nivel de lichid în spatele timpanului sau a vaselor sanguine pe membrana timpanului) fie prin timpanometrie, care poate fi utilizată şi ca metodă de screening.[1]

Otita medie acută supurată. Apare mai ales consecutiv infecţiilor virale ale tractului respirator superior. Poate surveni la orice vârstă dar predomină la copii. Se însoţeşte de durere, febră, senzaţie de presiune la nivelul urechii şi scăderea auzului. La nivelul urechii se produce întâi o hiperemie a membranei timpanului, urmează apoi acumularea în urechea medie a unui exsudat seros care treptat poate deveni purulent. În această ultimă situaţie, membrana apare mată şi poate proemina. În situaţia în care membrana timpanului este perforată, se constată dispariţia durerii şi a febrei. În cazul infecţiilor necomplicate (dacă timpanul este perforat se produce vindecarea) lichidul devine seros şi în final se resoarbe. *Pneumococus* este cel mai frecvent agent etiologic; *Hemophilus*, alţi streptococi şi stafilococi sunt de asemenea deseori întâlniţi.

Tratament: Penicilina 500 mg/6h PO este un medicament util la adulţi (benzilpenicilina IM nu este de obicei necesară). Amoxicilina, 10-13 mg/Kg/8 h PO timp de 7 zile este medicamentul de elecţie la copiii sub 5 ani la care *Hemophilus* este prevalent iar penicilina nu realizează în urechea medie nivele bactericide pentru *Hemophilus.*[1] 5% din tulpinile de *Hemophilus* sunt amoxicilin - rezistente dar sensibile la co-trimoxazol (dar acesta din urmă nu a dat rezultate mai bune în trialuri). Curele scurte (3 zile) de antibiotic apar de asemenea eficace. Agenţii cu acţiune anticongestivă nu influenţează evoluţia bolii. Asigură o analgezie adecvată; ex: paracetamol 12 mg/Kg/6 h PO. Rareori, în cazul unor timpane aflate sub tensiune şi dureroase poate fi necesară miringotomia. Verifică acuitatea auditivă după 6 săptămâni.

Complicaţii rare ale otitei medii: Mastoidita (15% din cazuri în epoca pre-antibiotică), petrosita, labirintita, paralizia facială, meningita, abcesul subdural şi extradural, abcesele cerebrale.

Urechea mucoasă şi otita medie seroasă. În condiţii normale este necesar să menţinem trompele lui Eustachio închise, altfel ne-am auzi permanent respiraţia. Broaştele respiră prin piele şi de aceea îşi pot permite să-şi ţină deschise trompele lui Eustachio tot timpul, asigurând astfel presiune egală de ambele părţi ale timpanului - o situaţie ideală pentru a preveni acumularea materialului seros sau vâscos, care este caracteristica esnţială a urechii mucoase. Aceasta are o probabilitate mare de apariţie dacă nu ne putem deschide trompele lui Eustachio (lucru care se întâmplă în timpul deglutiţiei) - ex: blocare de către vegetaţii adenoide. Este cea mai frecventă cauză de diminuare a auzului la copii şi poate constitui un obstacol cu consecinţe dezastruoase în procesul de învăţământ. Urechea mucoasă nu este dureroasă şi de aceea prezenţa ei nu poate să nu fie suspectată, deşi ea este o sechelă frecventă a otitei medii -10% din copii mai prezintă încă efuziuni după 3 luni de la episodul acut. Timpanul este mat şi concav. Prezenţa pe suprafaţa lui a vaselor cu traseu radial semnifică existenţa lichidului în spatele timpanului. Lichidul poate fi incolor sau galben şi poate conţine bule de gaz. În 33% din cazuri se pot cultiva bacterii din urechea medie (şi antibioticele pot avea efect favorabil).

Substanţele vasoconstrictoare nu produc ameliorări în urechea mucoasă.[2] Dacă lichidul persistă mai mult de 6 luni şi există o perturbare a auzului ia în considerare posibilitatea miringotomiei sau aspirarea fluidului şi inserţia unor tuburi pentru ventilaţie. La fel de eficace este şi adenoidectomia care evită apariţia timpanosclerozei (îngroşarea timpanului) după inserţia tuburilor precum şi repetarea intervenţiei chirurgicale dacă tuburile vor cădea prea repede.[3]

Adenoidectomia se însoţeşte totuşi de o mică mortalitate. (NB: după plasarea tuburilor este permis înotul, dar trebuie evitate scufundările care ar forţa intrarea apei în urechea medie.[4]

▶ *La adulţi, exclude dintre cauze o tumoră a spaţiului postnazal.*

---

1 A Maw 1992 *BMJ* i 67

2 *Drug Ther Bul* 1986 24 22

3 A Maw 1986 *Lancet* i 1399

4 M Pringle 1992 *BMJ* i 198

Surditatea în copilărie

Deşi surditatea temporară datorată efuziunilor urechii medii şi urechii mucoase sunt o problemă frecventă în copilărie, surditatea definitivă este mult mai rar întâlnită (la sugar are o incidenţă de 1-2/1000). Este esenţial să depistăm precoce surditatea pentru a putea realiza o recuperare cât mai mare a auzului astfel încît copilul să înveţe să vorbească.

Cauze:

- *Ereditare:* includ sindroamele Wardenburg, Klippel-Feil, Treacher-Collins şi mucopolizaharidozele.
- *Dobândite in utero:* infecţii materne (rubeolă, gripă, oreion, lues), medicamente ototoxice.
- *Perinatale:* Anoxia, traumatisme la naştere, paralizii cerebrale, kernicterus.
- *Postnatal:* Meningita, medicamente ototoxice, plumb.

Depistare. La toţi copiii de 8 luni trebuie făcută o evaluare a auzului. Cei care prezintă antecendente familiale de surditate şi cei care au fost supuşi unor factori de risc pre-, peri- sau postnatali trebuie să primescă o atenţie specială deoarece prezintă un risc de afectare de 10 ori mai mare decât populaţia generală.

Nou-născuţii nu sunt testaţi pentru evaluarea auzului, deşi pot prezenta un răspuns motor la zgomote. Copiii având vârsta între şapte luni şi un an sunt testaţi în modul următor: mama îi va ţine pe genunchi iar o persoană care stă în faţa lor încearcă să le atragă atenţia în mod sporadic (încearcă să-i facă să stea cu faţa spre planul median). Persoana care efectuează testarea stă în spatele mamei la aproximativ un metru şi testează pe rând fiecare ureche. Frecvenţele joase sunt testate folosind vocea vorbită, în timp ce pentru frecvenţele înalte se foloseşte un clopoţel. Foşnirea unei hârtii produce un stimul cu un spectru larg de frecvenţe. Dacă ai îndoieli, trimite pacientul la un specialist pentru testări. Între 12 luni şi 2 ani copiii sunt necooperanţi în cazul testărilor. După 3 ani se poate folosi audiometria cu tonuri pure.

Testele obiective folosite pentru evaluarea acuităţii auditive sunt reprezentate de timpanometria (p.608) şi de audiometria cu răspunsuri evocate, în care un electrod înregistrator este plasat în spatele urechii, în canalul auditiv sau prin membrana timpanului. Urechea este stimulată sonor iar răspunsurile generate sunt captate, amplificate şi transmise unui computer (testarea se face într-o cameră izolată fonic).

Tratament. Odată surditatea diagnosticată, scopul tratamentului este acela de a oferi copilului o funcţie auditivă cât mai bună posibilă, care să permită copilului să înveţe să vorbească şi să se instruiască. Profesorii copiilor surzi pot face demersurile necesare pentru obţinerea unor materiale de suport pentru funcţia auditivă. În scopul copiilor, prin utilizarea mijloacelor de suport auditiv (proteze auditive) se urmăreşte obţinerea unor beneficii mai mari decât cele ce se vor obţine la adulţi. Pentru ca protezele auditive să fie adaptate permanent ele trebuie schimbate frecvent. Părinţii trebuie sfătuiţi să vorbească cât mai mult cu copiii lor surzi. Copiii trebuie să fie educaţi în şcoli normale cu vizite din partea profesorilor la cei surzi (pentru cei cu funcţie auditivă păstrată parţial), în secţii speciale din cadrul şcolilor normale sau în şcoli pentru surzi, în funcţie de nevoile individuale.

Implantele cohleare pot fi realizate numai în puţine cazuri (p.516).

Surditatea la adulţi

Spre deosebire de orbire, surditatea nu este un handicap cuantificabil; *orice* reducere a acuităţii auditive poate fi considerată ca fiind surditate. Ea creează un sentiment de frustrare atât celor afectaţi cât şi prietenilor şi familiei pe măsură ce plăcerea comunicării dispare, conducând la izolare şi la dispariţia bucuriilor de zi cu zi. Aproximativ 3 milioane de adulţi prezintă deficite ale funcţiei (UK).

Clasificare. *Surditatea de conducere:* Există o tulburare a transmiterii sunetelor prin conductul auditiv extern, de la urechea medie la piciorul scăriţei. Obstrucţia conductului auditiv (ceară, scurgeri în cadrul unei otite externe, corpi străini, anomalii de dezvoltare), perforaţia timpanului (traumatisme, barotraume, infecţii); afecţiunile lanţului de oscioare (otoscleroză, infecţii, traumatisme) şi ventilaţia inadecvată a urechii medii prin trompa lui Eustachio cu acumularea secundară de revărsate lichidiene (ex: secundară carcinomului nasofaringian) - toate acestea au drept consecinţă instalarea unei surdităţi de conducere.

Surditatea neurosenzorială: este consecinţa unor leziuni situate central faţă de fereastra ovală: în cohlee (senzorială), pe nervul cohlear (nervoasă) sau rareori, pe căile nervoase centrale. Medicamentele ototoxice, ex: streptomicina şi aminoglicozidele (în special gentamicina), ca şi majoritatea cauzelor de surditate la sugari se însoţesc de leziuni neurosenzoriale. Infecţiile (meningita, pojarul, gripa, herpesul, sifilisul), afecţiunile vasculare cohleare, boala Ménière (p.622) şi presbiacuzia (surditatea senilă) produc toate surditate neurosenzorială. Cauze rare: neurinomul de acustic, deficitul de vitamina B_{12}, scleroza multiplă, metastazele cerebrale.

Tratament. • Clasifică surditatea (p.608). • Identifică eventualele cauze tratabile. • Exclude urgenţele: neurinomul de acustic, colesteatomul, revărsate cauzate de carcinoame nazofaringiene. Instalarea bruscă a unei surdităţi neurosenzoriale necesită investigaţii urgente. • Stabileşte ce atitudine trebuie adoptată, de exemplu chirurgie pentru perforaţii, otoscleroza sau numai implantarea unei proteze auditive. • Pacienţii care prezintă o surditate neurosenzorială foarte severă şi care nu pot beneficia de pe urma protezelor auditive pot prezenta ameliorări de pe urma implantului cohlear.[1] Implantarea unui asemenea dispozitiv situat subcutanat care prin intermediul unui electrod va stimula direct nervul acustic şi va scurtcircuita cohleea. Este necesar un proces recuperator pentru înţelegerea noilor sunete. Costul estimat al intervenţiei poate ajunge până la 35 000 de lire sterline.

Otoscleroza. De obicei este bilaterală; raportul bărbaţi/femei = 2; 50% din cei afectaţi prezintă antecedente familiale. Simptomele apar de obicei la adultul tânăr şi sunt agravate de sarcină. Patologie: ţesutul osos spongios bine vascularizat înlocuieşte ţesutul osos normal situat în jurul ferestrei ovale de care este aderent piciorul scăriţei. Se însoţeşte de surditate de conducere (auzul este mai bun în condiţiile existenţei unui zgomot de fond) iar uneori şi de *tinnitus* şi *vertigo*. Înlocuirea scăriţei cu un implant produce ameliorări în 90% din cazuri.

Presbiacuzia (surditatea senilă). Scăderea acuităţii pentru sunetele cu frecvenţe înalte debutează înainte de 30 ani şi gradul de dispariţie a frecvenţelor înalte creşte progresiv după aceea. Surditatea va avea un debut progresiv şi persoanele afectate nu o vor sesiza decât atunci când sunt afectate şi frecvenţele joase corespunzătoare vorbirii. Auzul este afectat într-o măsură mai mare în condiţiile existenţei unui zgomot de fond. Unicul tratament este reprezentat de protezele auditive.

Revenirea surdităţii[2] Singura metodă eficientă este reducerea expunerii la zgomote nocive (< 85dB/8h zi - expunere profesională sau recreaţională) - care fac ca vorbirea să devină dificilă, ca pacientul să audă "ţiuituri" în urechi, iar după expunere sunetele să i se pară înfundate.

---

[1] E Douek 1990 *BMJ* ii 74 [2] *Lancet* Ed 21

Tinnitus

Tinnitus-ul (din latinul *tinnire* - a suna) constă în perceperea auditivă a unor "ţiuituri" sau "bâzâieli". Aproape toţi dintre noi am avut *tinnitus*, dar numai 0,5-2% din populaţie este sever afectată. Deşi copiii prezintă uneori episoade de *tinnitus* tranzitor, ei nu menţionează decât rareori acest lucru. Incidenţa maximă este în jurul vârstei de 50-60 de ani.

Mecanism Neclar. Pot fi emisii otoacustice spontane sau transmisii efatice (încrucişate) între fibrele nervoase adiacente.

Cauze Necunoscute; surditatea (20%); ceară; virale; presbiacuzia; zgomotele (ex: împuşcături); traumatismele craniene; otita medie supurată; post-stapedectomie; boala Ménière; anemia; hipertensiune; măsele de minte impactate.

▶Un *tinnitus* unilateral trebuie investigat complet pentru a exclude un neurinom de acustic.

Medicamente: aspirina; diuretice de ansă; aminoglicozidele (ex: gentamicina).

Tinnitus obiectiv detectabil: mioclonii palatine (*tinnitus* cu aspect de clinchet); probleme temporo-mandibulare; fistulă AV; sufluri; tumori de glomus jugular.

Asociaţii psihice: logoree, divorţ, pensionare.

Alt grup de persoane afectate este reprezentat de cele care aud un "hârâit" în urechi atunci când respiră pe nas, zgomot care dispare atunci când ele respiră pe gură. La examenul obiectiv se observă cum membrana timpanului se mişcă odată cu respiraţia. Cauza poate fi reprezentată de dilatarea trompei lui Eustachio, care poate fi corectată după aplicarea de nitrat de argint la nivelul orificiului trompei lui Eustachio sau injectarea submucoasă de Teflon pentru a îngusta lumenul.

Anamneză Sediul *tinnitus*-ului (central sau la nivelul urechii); caracterul lui; factori agravanţi sau care produc ameliorarea acestei condiţii; otalgii; otoree; *vertigo;* traumatisme craniene; antecedente familiale de surditate sau *tinnitus;* somn; mediul social (*tinnitus*-ul se agravează în condiţii de izolare sau de depresie); medicamente.

Teste şi examinări. Otoscopia se face în scopul detectării afecţiunilor urechii medii; teste auditive (testul diapazonului şi audiometria); timpanograma pentru a examina funcţia urechii medii şi pragurile reflexului scăriţei.

Tratament. *Sprijinul psihologic* este foarte important (de ex: de la un audioterapeut). Exclude cauzele grave; asigură pacientul că *tinnitus*-ul nu reprezintă un semn de nebunie sau o afecţiune gravă şi că deseori se ameliorează în timp. Se recomandă terapie cognitivă[1]. Grupurile de sprijin al acestor pacienţi au un rol important[2].

Utilizarea medicamentelor nu a dat rezultate încurajatoare. Evită tranchilizantele, mai ales dacă pacientul este deprimat (în aceste condiţii nortriptilina este medicamentul de elecţie)[1], dar utilizarea hipnoticelor la culcare poate fi utilă. Carbamazepina a oferit rezultate descurajante; betahistina poate fi utilă numai la unii pacienţi la care cauza *tinnitus*-ului este reprezentată de boala Ménière.

Mascarea *tinnitus*-ului poate produce ameliorări. Se utilizează un zgomot continuu furnizat de un generator de sunete amplasat similar unei proteze auditive post auriculare. Protezele auditive pot fi utile celor care prezintă scăderi ale acuităţii auditive prin realizarea unei amplificări a sunetelor dorite. Secţionarea nervului cohlear produce dispariţia unui *tinnitus* invalidant la 25% din pacienţi (dar se însoţeşte de surditate).

Tumorile de glomus jugular. Sunt neoplasme vasculare care iau naştere din vena jugulară şi care pot creşte prezentându-se ca o tumoră a unghiului cerebelopontin sau ca o masă pulsatilă la nivelul conductului auditiv extern. Pot produce 5-HT. Reprezintă o cauză rară de *tinnitus*, dar o cauză frecventă a *tinnitus*-ului *pulsatil*.[3]

---

[1] L Luxon 1993 *BMJ* i 1490

[2] British Tinnitus Assocn, 105 Gower Street, London WIE 6AH

[3] C Hawkes 1993 BMJ ii 262

Vertijul (Vertigo)

Reprezintă o falsă senzaţie (iluzie) de mişcare a corpului sau a mediului înconjurător. În stările presincopale senzaţia de mişcare este absentă. Vertijul poate avea origine periferică (vestibulară) sau centrală (nervul VII, nucleii vestibulari din bulb, fasciculul longitudinal medial, cerebelul, tractul vestibulospinal). Vertijul vestibular este deseori sever şi poate fi însoţit de greţuri, vărsături, scăderea acuităţii auditive, *tinnitus* şi *nistagmus* (de obicei orizontal). Scăderea acuităţii auditive şi *tinnitus*-ul se întâlnesc mai rar în vertijul central (care este de obicei mai puţin sever). *Nistagmus*-ul din vertijul central poate fi orizontal sau vertical.

Etiologie boala Ménière; nevrita vestibulară; vertijul postural benign; ischemia vertebro-bazilară; medicamentele ototoxice; labirintita; afecţiunile distructive ale urechii medii (colesteatomul); neurinomul de acustic; herpesul geniculat; obstrucţia trompei lui Eustachio; sifilisul.

Examenul obiectiv Examinează extremitatea cefalică, regiunea cervicală şi nervii cranieni. Efectuează testarea funcţiei cerebeloase, a reflexelor tendinoase şi testul Romberg (este pozitiv dacă echilibrul se agravează când ochii sunt închişi – ceea ce înseamnă un deficit al sensibilităţii artrokinetice sau al aferenţelor vestibulare). Încearcă să depistezi *nistagmus*-ul.

Teste Pot include audiometria; electronistagmografia; răspunsurile auditive evocate la nivel bulbar; calorimetria; computer tomografia; electroencefalografia şi puncţia lombară.

Vertijul poziţional benign. Sunt atacuri scurte dar severe de vertij rotaţional (însă cu durată >30 s) provocate de mişcările capului, de exemplu la întoarcerea în pat a pacientului. Este frecvent după traumatismele craniene, când se poate datora leziunilor utriculei. *Diagnostic:* Test de provocare: cu pacientul în decubit dorsal se apleacă capul acestuia cu aproximativ 30° sub nivelul patului şi se roteşte cu 30°-40° într-o parte. Dacă testul este pozitiv atunci, după o perioadă de latenţă de câteva secunde, pacientul va prezenta vertij şi *nistagmus* rotator spre urechea aflată mai jos. Acestea durează mai puţin de 1 minut (adaptare). În poziţia şezând vertijul este mai accentuat (± *nistagmus*). Dacă lipseşte una din aceste caracteristici, gândeşte-te la o cauză centrală.

Patogenie: Deplasarea otoconiilor (otoliţi) de la nivelul maculei (receptorul pentru perceperea acceleraţiei situat la nivelul utriculei şi saculei). Otoconiile se plasează în punctul decliv al labirintului.

Etiologie: Traumatisme craniene; degenerescenţa spontană a labirintului – afecţiune post virală sau după chirurgia scăriţei; afecţiunile cronice ale urechii medii.

Tratament: De obicei este auto-limitant (poate dura şi 6 luni). Dacă nu, încearcă:

- Exerciţiile Epley pentru extremitatea cefalică şi care au rolul de a dispersa otoconiile.
- Adaptarea repetată a poziţiei care provoacă vertijul (obişnuire).
- Denervarea canalului semicircular posterior sau obliterarea transmastoidiană cu laser a acestuia. Ambele opţiuni se însoţesc de surditate.

Nevrita optică. De obicei la adulţi este consecutivă afecţiunilor febrile ce apar în cursul iernii şi are etiologie probabil virală. Provoacă un vertij cu instalare bruscă, vărsături şi prostraţie care sunt exacerbate de mişcările capului. *Tratament:* Este simptomatic (ex: ciclizină 50 mg/8 h PO). Vindecarea se produce în 2-3 săptămâni. Este dificil de diferenţiat de "labirintita virală".

Boala Ménière. Dilatarea spaţiilor endolimfatice ale labirintului membranos provoacă un vertij paroxistic având o durată de până la 12 h, însoţit de prostraţie, greţuri şi vărsături. Atacurile survin în salve separate prin perioade de remisiune completă. Apare *tinnitus* iar surditatea neurosenzorială este deseori progresivă. Vertijul acut trebuie tratat simptomatic (ciclizină 50 mg/8h). Betahistina 8-16 mg/8h PO dă rezultate imprevizibile, dar merită încercată. Decompresia chirurgicală a spaţiilor endolimfatice poate ameliora vertijul, poate preveni agravarea bolii şi conservă auzul. Labirintectomia provoacă dispariţia vertijului dar se însoţeşte de surditate totală ipsilaterală.

---

1 SW Denholm 1993 *BMJ* ii 1508

Obstrucţia nazală

Obstrucţia nazală de scurtă durată este un simptom frecvent la persoanele cu infecţii virale ale tractului respirator superior. În continuare vom prezenta cauzele obstrucţiei nazale cronice.

Etiologie *Copii:* vegetaţii adenoide, rinite, atrezie choanală, tumori ale spaţiului postnazal (ex: angiofibroame), corpi străini.

Adulţi: Anomalii ale septului nazal, rinite, polipi, sinuzită cronică, boli granulomatoase (TBC, sifilis, lepră), cauze iatrogene (vasoconstricţie locală, rezerpină, antidepresive triciclice).

Diagnostic. În cazul anamnezei, accentul trebuie pus pe variabilitatea simptomelor, pe tipul obstrucţiei nazale, pe efectele asupra alimentaţiei, vorbirii şi somnului (sforăit). Examenul obiectiv trebuie să evalueze orice anomalie nazală şi să stabilească dacă nările sunt complet obturate (ţine o oglindă pe rând sub fiecare nară şi observă dacă se abureşte). Examinează spaţiul postnazal cu ajutorul unei oglinzi (la copii spaţiul postanazal poate fi vizualizat mai uşor cu ajutorul examinării radiologice în incidenţă laterală).

Obstrucţia iatrogenă (rinita medicamentoasă). Picăturile sau spray-urile care au efect decongestionant (prin vasoconstricţie) pot leza mucoasa ca urmare a anoxiei pe care o produc. Se produce o congestie de *rebound* şi edemul mucoasei, ceea ce determină o nouă utilizare a medicamentului. Mucoasa este tumefiată şi roşie. Aceste substanţe nu trebuie utilizate mai mult de o săptămână.

Rinită vasomotorie. Produce obstrucţie nazală şi/sau rinoree. Nu pot fi identificaţi alergenii. Cornetele apar edemaţiate şi tumefiate şi există o producţie excesivă de mucus. *Tratament:* este de obicei ineficace în cazul acestei afecţiuni. Spray-urile nazale cu ipratropin 2×20 μg pufuri/ nară/6 h ameliorează rinoreea.[1] Cauterizarea sau rezecţia chirurgicală a cornetului inferior ameliorează "nasul înfundat".

Polipii nazali Asocieri: rinita alergică, sinuzita etmoidală cronică, fibroza chistică. Spray-urile cu beclomethazonă dipropionat trebuie încercate - 8 pufuri/ 24 h (50 μg/puf), iar în cazul eşecului se va recurge la polipectomie.

Deviaţia de sept nazal. Este rară la copii, poate afecta 20% din adulţi. Poate fi secundară unor traumatisme. Secţionarea chirurgicală a osului şi cartilajului septului nazal – rezecţia submucoasă – ameliorează deformarea.

Rinita alergică. Poate fi sezonieră sau permanentă. Incidenţa se corelează cu numărul particulelor de polen şi cu vârsta (riscul cel mai mare 5-14 ani). Simptomele includ: strănut, prurit şi rinoree. Cornetele pot fi tumefiate, iar mucoasa apare palidă sau vineţie. Pot apărea polipi nazali.

Alergenul poate fi identificat prin teste cutanate. *Tratament:* În anumite regiuni ale lumii se pot realiza cure injectabile de desensibilizare care produc ameliorări la 70% din pacienţii cu alergii sezoniere şi la 50% din cei cu alergii la praf de casă. Aceste cure sunt periculoase şi pot produce anafilaxii fatale; pacienţii trebuie observaţi un interval de timp după fiecare injecţie iar aparatura de resuscitare cardio-respiratorie trebuie să fie disponibilă în orice moment. Se mai pot utiliza antihistaminice (ex: *terfenadine* 60 mg/12 h PO, ai grijă de interacţiunile cu eritromicina/macrolidele, carbamazepina, β-blocantele, diureticele, antidepresivele triciclice, antifungice şi halofantrina; *loratadina* nu prezintă asemenea interacţiuni, doza: 10 mg/zi PO); decongestionante sistemice (ex: *pseudoefedrina* 60 mg/12h PO; CI: hipertensiune, hipertiroidism, coronaropatii, terapie concomitentă cu IMAO), spray-uri nazale (ex: cromoglicat sodic 2%, 2x2,6 mg/4-6h) sau terapia nazală cu steroizi, ex. *dipropionat de beclomethasone* 8x50 μg pufuri/24h. Atenţie: spray-urile cu steroizi pot fi utilizate timp nelimitat, în timp ce instilaţiile nazale se absorb sistemic şi trebuie utilizate pentru cure mai scurte de o lună, <6 cure/an.[2]

---

[1] *Drug Ther Bul* 1990 28 54

[2] *Drug Ther Bul* 27 70

Traumatismele nazale şi corpii străini

Fracturile nazale. Treimea superioară a nasului prezintă suport osos; treimea inferioară şi septul sunt cartilaginoase. Loviturile directe asupra piramidei nazale pot provoca fracturi ale oaselor nazale. Interesează-te despre momentul traumatismului, alte traumatisme nazale în antecedente, epistaxisuri, prezenţa obstrucţiei nazale şi a rinoreei. Vezi dacă pacientul şi-a pierdut conştienţa. Caută alte fracturi faciale (fracturile zigomatico-maxilare pot produce malocluzia dentară şi împiedică coborârea mandibulei). Dacă se instalează rapid un edem al ţesuturilor moi poate apărea diplopia. Palpează cu grijă conturul orbitei pentru a depista eventualele neregularităţi ale acestuia. Examenul radiologic nu este util deoarece pot exista leziuni vechi, iar leziunile cartilaginoase recente pot să nu fie vizibile. Rezultatele acestui examen nu vor influenţa terapia în faza acută.

Edemul ţesuturilor moi poate face ca la examenul iniţial depistarea deformărilor să se facă cu dificultate, situaţie în care este necesară o reexaminare după 5-7 zile (mai ales la copii) – la examinarea iniţială exclude hematomul septal. Dacă acesta este prezent, trimite pacientul la specialistul ORL în vederea evacuării (în lipsa tratamentului există riscul necrozei septale). Reducerea fracturilor sub anestezie generală se va face în primele 10-14 zile (fracturile se stabilizează complet după aproximativ trei săptămâni). Fracturile zigomei şi ale maxilarului se stabilizează mai repede şi trebuie trimise imediat la chirurgul BMF. Pacienţii sunt sfătuiţi să aplice gheaţă în primele 12 ore post-operatorii, să doarmă cu capul mai sus, să strănute pe gură, să nu-şi sufle nasul şi să evite eforturile intense. Reexaminează la două săptămâni şi la două luni după operaţie. Deviaţia de sept poate necesita o rezecţie submucoasă câteva luni mai târziu.

Rinoreea cu LCR. Fracturile care interesează plafonul labirintului etmoidal se pot însoţi de pierderi LCR. Lichidul colectat de la nivelul nasului conţine glucoză (teste Clinistix® confirmate de dozarea glucozei de către laborator). Pierderile, de obicei, încetează spontan; dacă acest lucru nu se întâmplă trebuie realizată o închidere chirurgicală a durei.

Hematomul septal. Poate apărea după traumatisme şi produce obstrucţie nazală; apare sub forma unor tumefacţii de ambele părţi ale septului. Sângele trebuie evacuat imediat sub anestezie generală folosind incizii, şi administrându-se apoi antibiotice (ex: amoxycilin 250 mg/8 h PO) pentru prevenirea infecţiei. În lipsa evacuării există riscul necrozei cartilajului şi colapsului nazal.

Corpii străini. Majoritatea sunt introduşi intenţionat de către copii. Materialele organice determină rapid apariţia unei scurgeri purulente; corpii anorganici pot fi asimptomatici mult timp. Dacă copilul este cooperant este posibilă extracţia obiectului cu ajutorul unui forceps. Spray-urile cu cocaină 2,5% pot anestezia mucoasa şi vor permite extragerea corpurilor cu ajutorul unui aspirator. Dacă este necesară anestezia generală, protejează căile respiratorii.

Cauzele perforaţiei septale. Post operatorii (p. 624); traumatisme; scobitul în nas; inhalarea unor săruri de crom; prizarea de cocaină; ulcus rodent; granuloame maligne; TBC; lues. Perforaţiile irită, formează cruste şi sângerează.

Tratamentul este simptomatic. Închiderea este dificilă.

Sângerările nazale (epistaxis)

Majoritatea lor provin de la vasele sanguine ale septului nazal. La tineri (< 35 ani) sângerarea poate proveni şi dintr-o venă situată în spatele columelei. La persoanele în vârstă sângerarea provine mai frecvent din aria Little şi are origine arterială; în această zonă se realizează convergenţa arterei etmoidale anterioare cu ramurile septale ale sfenopalatinei, cu arterele labiale superioare şi cu artera palatină.

Etiologie. Majoritatea sunt idiopatice. La persoanele în vârstă epistaxisul este deseori asociat cu afecţiuni degenerative arteriale şi hipertensiune. Cauzele locale sunt reprezentate de rinita atrofică; telangiectazia ereditară, tumorile nazale sau sinusale. Afecţiunile sistemice ce se asociază cu o tendinţă crescută de sângerare nu trebuie uitate. Vezi MMC p.528.

Tratament Cele trei principii de tratament sunt reprezentate de detectarea şocului şi compensarea volemică, de identificarea sursei sângerării şi de oprirea acesteia. Persoanele în vârstă sunt predispuse la şoc, care poate fi fatal. Dacă apar primele semne de şoc pacientul trebuie internat şi transfuzat. Deşi persoanele cu epistaxis sunt îngrijite în poziţie şezândă pentru a reduce presiunea venoasă, în cazul instalării şocului îngrijirea se va face în decubit dorsal pentru a creşte la maximum perfuzia cerebrală. ▶ În şoc administrează O_2 în debit crescut şi asigură-te de permeabilitatea căilor aeriene atunci când există o sângerare masivă care drenează în faringe. În absenţa şocului, atenţia se va îndrepta spre sângerare. Compresiunea puternică şi permanentă a nărilor, efectuată între police şi index, timp de cel puţin 10 minute şi asociată cu aplicarea de gheaţă la nivelul nasului şi cu ţinerea unui obiect între dinţi (de exemplu un dop) pot fi suficiente pentru a opri sângerarea.

Dacă aceste metode nu opresc sângerarea, înlătură cheagurile de la nivel nazal folosind un forceps Luc sau un aspirator. Folosind un spray acoperă fiecare parte a mucoasei cu o soluţie de cocaină 2,5-10% care anesteziază mucoasa şi reduce sângerarea datorită vasoconstricţiei produse. Toate punctele de sângerare identificate trebuie cauterizate.

Dacă sursa sângerării nu este identificată, dar aceasta continuă, aplică un tampon intranazal (o meşă cu lăţimea de 1 cm sau 2,5 cm, îmbibată cu parafină şi iodoform) folosind un forceps nazal Tilley. După aplicarea tamponului, dacă sângerarea se opreşte, pacientul se poate întoarce acasă menţinând pe loc tamponul timp de 3 zile. Dacă sângerarea continuă în ciuda tamponului anterior, va fi necesar şi un tampon posterior. Cea mai simplă metodă constă în înlăturarea tamponului anterior, introducerea prin nară a unui cateter Foley astfel încât 30 ml din balonaşul sondei să se afle în spaţiul postnazal; se umflă balonaşul şi se trage anterior de cateter. Apoi aplică un tampon anterior. Ţine pacientul sub observaţie în spital până la înlăturarea tamponamentului după 24 h.

Dacă sângerarea recidivează vor fi necesare alte tamponamente care sunt neplăcute şi demoralizante. Rareori, pentru a preveni alte sângerări este necesară ligatura arterială (artera maxilară pentru artera palatină mare şi artera sfenopalatină, abordată prin *antrum*-ul maxilar; artera etmoidală anterioară abordată prin orbită) sau ligatura arterei carotide externe.

Sinusurile paranazale

Sunt cavităţi pline cu aer situate în oasele perinazale. La naştere există un antrum maxilar şi sinusuri sfenoidale rudimentare; celelalte încep să se dezvolte în jurul vârstei de 8 ani, evoluţia lor continuând până în adolescenţă. În interiorul cavităţii nazale, fiecare cornet are un meat corespunzător situat inferior. Canalul nazo-lacrimal drenează în meatul inferior, sinusul frontal, sinusul maxilar şi celulele etmoidale drenează în meatul mijlociu, iar celulele etmoidale posterioare drenează în meatul superior.

Celulele ciliate care tapează sinusurile deplasează mucusul spre nas păstrând "curate " sinusurile. Virusurile deprimă activitatea ciliară şi produc edem la nivelul ostiumului sinusal predispunând astfel la acumularea mucusului care stagnează şi se infectează. Colecţia mucopurulentă deprimă activitatea ciliară. Polipii, deviaţiile septului nazal şi tumefierea mucoasei nazale predispun şi ele la apariţia unor probleme de drenaj şi deci la sinuzită.

Sinuzita acută Infecţia bacteriană secundară este consecutivă deseori infecţiilor virale. 10% din sinuzitele maxilare sunt secundare unor infecţii dentare apicale (al 2-lea premolar şi molarii – ale căror rădăcini ajung la planşeul sinusal). Săriturile efectuate în apă contaminată pot propaga infecţia în sinusul frontal.

Aspecte clinice: • Rinoree galbenă/verde • Febră • Durere (agravată la aplecarea înainte) • Sensibilitate la compresia sinusurilor • Durerea iradiată de la antrum-ul maxilar poate mima o durere dentară - este agravată la mers • Sensibilitatea olfactivă poate fi afectată ▶Sinuzita acută nu provoacă tumefierea obrazului; aceasta este consecinţa unei infecţii dentare sau a unui carcinom al antrumului maxilar.

Tratament: Prescrie analgezice, inhalaţii, picături nazale încălzite (ex: efedrină 1%, 2 picături/nară/6 h, CI: inhibitorii de monoaminoxidază) pentru a diminua congestia nazală şi a favoriza drenajul, adaugă şi antibiotice (*adulţi:* doxiciclină 200 mg doză iniţială, apoi 100 mg/24 h timp de 7 zile; *copii:* co-trimoxazol – sirop (240 mg/5 ml); 🖫6 luni-5 ani: 5 ml/12 h; 6-12 ani, 10 ml /12 h. Interzice fumatul, consumul exagerat de alcool (produce vasodilataţie la nivelul cavităţii nazale) şi înotul (favorizează răspândirea puroiului la nivelul sinusurilor).

▶Dacă după două cure de antibiotice nu se produce vindecarea, trimite pacientul la un specialist; pot exista anomalii anatomice locale sau deficienţe în producţia de anticorpi (p. 232).

Sinuzita cronică *Simptome:* Scurgere mucoasă în spaţiul post-nazal; gust neplăcut; nas "înfundat"; durere la nivelul piramidei nazale sau în regiunea molară (ca urmare a presiunii exercitate de cornetul mijlociu asupra septului nazal). La examinare: cornete congestionate; mucus infectat; ± polipi. Aceste trăsături sunt comune atât sinuzitei cronice infectate (relativ rară) cât şi sinuzitei cronice hiperplastice – o formă de rinită alergică, care trebuie tratată ca atare (p. 624).[1]

Explorări imagistice Nu sunt necesare de obicei. Radiografiile obişnuite nu sunt de mare ajutor deoarece până la 30% din persoanele normale prezintă îngroşarea mucoasei. 🖫Explorarea echografică nu este în mod cert superioară celei cu raze × în ceea ce priveşte depistarea lichidului în antrum. Obstrucţia sinusurilor maxilare poate produce o simptomatologie zgomotoasă dar fără opacităţi sau nivele de lichid – aşa că unii specialişti preferă endoscopia nazală rigidă.[2,3]

Sinuzita cronică infecţioasă Tratează întâi infecţia maxilară pentru a preveni reinfecţia celorlalte sinusuri. Încearcă apoi lavajul antral (printr-o canulă care abordează antrum-ul pe sub cornetul inferior). Dacă acesta eşuează, realizează antrostomia (un orificiu de drenaj din antrum în cavitatea nazală) sau operaţia Caldwell Luc (înlăturarea mucoasei şi modelarea unei antrostomii). Etmoidectomia rezolvă problemele etmoidale. Drenajul sinusului frontal poate fi lărgit sau sinusul poate fi obliterat.

Complicaţii Infecţii metastatice: osoase, orbitare, SNC, meningiene.

1 *Drug Ther Bul* 1989 27 69

2 J Fairley 1992 *BMJ* ii 1223

3 N Jones 1992 *BMJ* ii 1223

Infecţiile faringiene şi tumorile amigdaliene

În trecut medicii generalişti administrau foarte uşor antibiotice pentru "durerile de gît", dacă la originea acestora era o infecţie cu streptococ β-hemolitic care putea evolua spre un reumatism acut. În occident reumatismul acut este rar (p.224). Se ştie acum că în numeroase cazuri pacienţii care prezintă reumatism acut şi-au tratat infecţiile faringiene, aşadar antibioticile nu previn boala. Medicii generalişti s-ar putea să nu dorească să trateze faringitele simple (din care cele mai multe sunt virale) cu antibiotice – oricum proporţia pacienţilor cu faringite care consultă un medic este foarte scăzută, de 1 din 18.[1] Analiza exsudatului faringian nu este de prea mare ajutor (sensibilitate 26-30%, specificitate 73-80%)[2]. Sunt disponibile numeroase kit-uri pentru detecţia antigenelor (specifice, dar cu sensibilitate redusă)[3].

Tonsilita (amigdalita) Copiii mici se plâng deseori de dureri abdominale asociate tonsilitei. Copiii mai mari acuză dureri în gât, febră, stare generală alterată, dificultate în deglutiţie şi apariţia unor adenopatii cervicale dureroase.

Dacă după 48 de ore apare un rash pe gât şi pe toracele superior care se extinde rapid pe abdomen şi membre gândeşte-te la *scarlatină*. Rash-ul nu interesează mucoasa bucală şi se însoţeşte de o zonă de paloare periorală; limba este acoperită cu un "păr" alb, care dacă este îndepărtat lasă să se vadă papilele linguale proeminente (limbă "zmeurie"). Cauze: streptococi grup A.

Tratament: Utilizarea antibioticelor a suscitat discuţii intense, deoarece în 50% din cazuri cauza este virală, iar antibioticele nu modifică evoluţia. În realitate decizia de a administra antibiotice este influenţată de factori multipli. Dacă se administrează antibiotice, penicilina este antibioticul de elecţie în scarlatină: 250 mg/6 h PO, timp de cel mult 10 zile. În ciuda unui studiu recent[4], amoxicilina este contraindicată deoarece va provoca apariţia unui rash la aproape toţi pacienţii la care faringita se datorează virusului Epstein-Barr.

Indicaţiile tonsilectomiei au fost cauza unor discuţii aprinse şi numărul lor este în scădere. Amigdalitele recurente sunt o indicaţie pentru intervenţii, şi studiile controlate arată că incidenţa infecţiilor faringiene după amigdalectomie este mai redusă. Tonsilectomia se realizează după flegmoanele amigdaliene, pentru a preveni recurenţa, şi în rarele cazuri când amigdalele sunt atât de mari încât provoacă cord pulmonar şi apnee obstructivă în somn. Complicaţiile operaţiei includ riscul rar, dar real al decesului cauzat de hemoragie precum şi problemele comportamentale la copii.

Complicaţiile locale ale tonsilitei. *Abcesul retrofaringian:* Este rar. Copiii afectaţi au stare generală alterată şi nu pot mânca şi bea. Radiografiile cervicale realizate în incidenţă laterală arată tumefierea ţesuturilor moi. *Tratament:* incizia şi drenajul puroiului sub anestezie generală şi într-o poziţie cu capul în jos pentru a preveni aspiraţia.

Abcesul periamigdalian: apare de obicei la adulţi. Tratamentul cu penicilină în doze mari, adresat celulitelor faringiene poate avea efect preventiv. După dezvoltarea abcesului, amigdalele sunt mascate de către palatul moale. Provoacă dificultăţi de deglutiţie ± contractura maseterilor. *Tratament:* incizie sub anestezie locală, sau amigdalectomie sub anestezie generală.

Tumorile amigdaliene. Sunt mai frecvente la persoanele în vârstă, se însoţesc de "dureri în gât", disfagie şi otalgii. Hipertrofia amigdaliană unilaterală este un semn grav şi necesită biopsie. Anatomo-patologie: carcinom scuamos (70%), sarcom cu celule reticulare, limfosarcoame. *Tratament:* radioterapie, chirurgie şi citostatice pot fi utilizate în funcţie de tipul tumorii.

---

1 P Little 1993 *BMJ* i 1611
2 C Del Mar 1992 *Med Aust* 156 572
3 H Marcovitch 1990 *Arch Dis Chi* 65 249
4 P Sh vartzman 1993 *BMJ* i 1170

▶▶Stridor

Stridor este denumirea dată zgomotelor produse în cursul inspiraţiei printr-un laringe sau printr-o trahee având lumenul îngustat. Copiii dezvoltă mai uşor obstrucţii ale căilor aeriene decât adulţii. Poate fi însoţit de dificultăţi în deglutiţie, cianoză sau paloare, utilizarea muşchilor respiratori accesori şi deplasarea în jos a traheei odată cu respiraţia – toate acestea fiind semne grave. Stridorul poate apărea şi la adulţi dar este mai puţin frecvent, deoarece afecţiunile laringiene produc răguşeală. Vizualizarea directă a laringelui şi a traheei pot evidenţia cauza.

Etiologia stridorului la copii. Anomaliile congenitale ale laringelui (laringomalacie, stenoze laringiene, tumori rare precum papiloamele sau hemangioamele); compresiuni extrinseci exercitate de tumorile mediastinale, de anomalii vasculare, sau de un arc aortic dublu; afecţiuni inflamatorii (laringita acută, epiglotită acută, laringotraheobronşită); afecţiuni neurologice (paralizia nervului vag sau laringeu recurent); traumatisme laringiene; înghiţirea unor corpi străini; edemul laringian.

Laringotraheobronşita (crupul). Este mult mai frecventă decât epiglotita acută. În 95% din cazuri etiologia este virală (cel mai frecvent virusul Parainfluenza). După instalarea simptomelor de infecţie a tractului respirator superior se instalează stridorul şi tusea lătrată. Internează pacientul în spital dacă apare cianoza sau tirajul intercostal. Administrează oxigen umidifiat. În cazurile severe care necesită ventilaţie se poate câştiga timp prin administrarea de adrenalină (5 ml 1:1000) printr-un nebulizator. Utilizarea steroizilor poate reduce durata intubaţiei (prednisolon 1 mg/kg/12 h PO).

Epiglotita acută. Este o urgenţă medicală deoarece poate provoca obstrucţia completă a căilor respiratorii. Internează în spital (cu un medic în ambulanţă) dacă suspicionezi acest diagnostic – dacă obstrucţia devine critică este necesară cricotirotomia de urgenţă cu un ac (vezi MMC, p. 754). Nu examina faringele înainte de internare deoarece această manevră poate precipita obstrucţia completă. *Epiglotita adultului* este mult mai rară (8,8-9,7/milion/an), şi poate avea o mortalitate mai mare (în medie 1,1%, dar poate creşte la 17,6% dacă simptomatologia debutează cu detresă respiratorie). În prezenţa detresei respiratorii este necesară intubarea precoce. Asocierea benzylpenicilină + cefuroxime va acoperi tot spectrul etiologic posibil *(hemophilus* şi *Strep pyogenes).*[1]

Laringomalacia (stridorul laringian congenital). Existenţa unor pliuri şi a unei glote flasce va accentua la sugarii afectaţi tendinţa normală a laringelui de a se colaba în timpul inspirului. Stridorul poate fi mai evident în timpul somnului, al stărilor de agitaţie sau de supărare. În mod normal nu necesită tratament, dar pot apărea probleme în cursul infecţiilor laringiene asociate. Simptomatologia se ameliorează de obicei după vârsta de doi ani, dar poate reapărea în cursul infecţiilor.

Paralizia laringelui. Paralizia congenitală este responsabilă de 25% din cazurile de sugari care prezintă stridor şi se consideră a fi consecinţa unei elongaţii a nervului vag survenit în timpul travaliului. Poate produce dificultăţi de alăptare. Nu există tratament specific.

Obstrucţia acută a căilor aeriene. Poate fi rezolvată uneori printr-o intubaţie atentă (în epiglotite, de ex). Dacă intubaţia eşuează realizează la copii o cricotirotomie cu ac (vezi MMC, p. 753) – administrează O_2 cu un debit de 15 l/min printr-o canulă cu lumen larg (14 G) plasată în membrana cricotiroidiană; administrează O_2 timp de 1 s, apoi permite expirul (prin căile respiratorii parţial obturate) timp de 4 s. Această tehnică poate fi utilizată şi la adulţi sau poţi încerca cricotirotomia (nu se face la copii <12 ani). Uneori este necesară traheostomia operatorie în mai puţin de o oră.

Internarea în spital. Sunt internaţi cei care au inhalat un corp străin (pentru investigaţii şi extragerea lui), copii cu edem laringian (edemul poate avea şi alte localizări).

---

1 K Barker 1994 *BMJ* i 919

Răguşeala

▶ Răguşeala care durează mai mult de 3 săptămâni necesită investigaţii urgente pentru a exclude carcinomul laringian (p. 638).

Răguşeala apare atunci când o coardă vocală nu realizează o opoziţie optimă cu vecina sa. Cauzele pot fi reprezentate de paralizia de cauză musculară sau neurologică a corzilor vocale sau de afecţiuni intrinseci ale corzilor vocale. La adult afecţiunile laringiene se prezintă de obicei cu răguşeală dar pot provoca şi probleme respiratorii.

Cauze *Acute:* Laringita; edemul angioneurotic; abcesul laringian; traumatisme (strigăte, tuse, vărsături, inhalarea unor substanţe toxice).

Cronice (răguşeală care durează mai mult de trei săptămâni): Laringită; afecţiuni granulomatoase (lues, TBC, sarcoidoză, Wegener); paralizia corzilor vocale; carcinomul laringian p. 638; cauze endocrine (acromegalia, boala Addison, mixedemul); afecţiuni funcţionale; sindromul sicca (slabă umidifiere).

Investigaţii Laringoscopia trebuie realizată pentru a observa mişcarea corzilor vocale, pentru a inspecta mucoasa şi pentru a exclude cauzele locale.

Laringita De obicei este virală şi auto-limitantă. Se pot produce infecţii secundare cu streptococi şi stafilococi. Răguşeala se însoţeşte de o stare generală de rău, fatigabilitate şi febră. Mai poate exista durere hipofaringiană, disfagie şi durere la fonaţie. Laringoscopia directă evidenţiază edemul. *Tratament:* dacă este necesar, administrează fenoximetilpenicilina (penicilină V) 500 mg/6 h PO timp de o săptămână.

Abcesul laringian Este rar şi secundar de obicei traumatismelor (ex: intubaţie endotraheală). *Caractere clinice:* Se manifestă durere severă, febră, odinofagie (durere la deglutiţie) şi chiar detresă respiratorie. Poate fi prezentă o limfadenopatie cervicală. Mişcarea laterală a laringelui este dureroasă. *Teste:* Examenul Rx al gâtului din incidenţă laterală poate evidenţia un nivel de lichid sau un laringe deformat. Laringoscopia cu fibre optice evaluează deschiderea orificiului glotic. Microorganisme frecvent implicate: *Pseudomonas, Stafilococcus* sau *Proteus;* tratamentul trebuie să acopere acest spectru ex: netilmicin 2-3 mg/kg/12 h IV (monitorizează nivelele sanguine) cu flucloxacilin 500 mg/6 h IV. Dacă ameliorarea nu se produce în 24 h, realizează drenajul chirurgical.

Nodulii cântăreţului Produşi de utilizarea exagerată a corzilor vocale. Sunt noduli fibroşi care apar la joncţiunea treimii anterioare cu cele două treimi posterioare ale corzilor vocale. *Tratament:* Se pot exciza.

Tulburări funcţionale Acestea produc paralizia isterică a abductorilor ambelor corzi vocale aflate în fonaţie. De obicei apar la femeile tinere în momentele de stres emoţional. Vocea poate dispărea complet (afonie). De cele mai multe ori ea este redusă la o şoaptă. În cursul tusei corzile realizează o adducţie, de aceea, deşi pacientul nu poate vorbi, el poate însă tuşi. Cel mai eficient tratament este cel logopedic.

Paralizia nervului laringeal Legea Semon: în leziunile nervului laringeu recurent, abductorii paralizează înaintea adductorilor. *Cauze:* idiopatice în 30% din cazuri; centrale în 10% din cazuri (ex: polio, siringomielie); cancer tiroidian; traumatisme; adenopatii cervicale maligne; carcinom esofagian, hipofaringian sau bronşic; TBC; anevrism aortic, nevrite. În paralizia parţială, corzile sunt imobile, fiind situate pe linia mediană; în paralizia completă sunt imobile la mijlocul acestei distanţe.

Tumorile din sfèra ORL

Carcinomul laringelui/hipofaringelui *Incidență:* 2000 cazuri/an în Anglia şi Ţara Galilor. De obicei sunt carcinoame cu celule scuamoase care apar mai frecvent la bărbaţi; par a fi produse de fumat. *Localizări:* supraglotică, glotică, subglotică. Tumorile glotice au prognosticul cel mai bun deoarece produc precoce răguşeală şi metastazează la nivelul ganglionilor cervicali mai târziu decât celelalte tipuri. *Prezentare:* răguşeală persistentă, progresivă, apoi stridor, deglutiţie dificilă sau dureroasă, otalgii dacă este interesat faringele; hemoptizii. *Diagnosticul* se pune prin laringoscopie şi biopsie. *Tratamentul* se poate realiza prin radioterapie sau laringectomie totală ± disecţia în bloc a glandelor cervicale. După laringectomie, pacienţilor li se face o traheostomie permanentă, de aceea ei sunt nevoiţi să înveţe vorbirea esofagiană. Este extrem de neplăcut să te trezeşti după operaţie cu o gaură în gât şi să fii incapabil să-ţi exprimi gândurile. Counselling-ul preoperator ar fi o soluţie.[1] Pacienţii sunt externaţi de obicei după 10-14 zile cu o proteză de plastic sau cu o canulă metalică care menţine traheostomia deschisă şi care poate fi scoasă câteva săptămâni mai târziu. În mod obişnuit există secreţii şi se formează cruste în jurul stomei, ceea ce necesită o atenţie crescută pentru a evita obstrucţia-aceste probleme pot fi evitate cu ajutorul protectoarelor stromale umidificate (ex: Laryngofoam®). Sfătuieşte pacientul să aibă grijă când face baie, să evite pescuitul şi apa adâncă *Complicaţii tardive:* Stenoze; pneumonii recurente. Sugerează integrarea într-un club pentru cei cu laringectomie.[2]

Tumorile nazofaringiene sunt mai frecvente în China decât în Marea Britanie (25% din totalul neoplaziilor vs 1%). Cauzele (în China) pot include:[3]

- tulburări genetice (anomalii HLA)
- infecţia precoce cu virus Epstein-Barr
- hrănirea copiilor cu peşte sărat (N-nitroso carcinogeni?).

Tumorile pot fi carcinoame, limfoepitelioame sau limfosarcoame. Extensia limfatică se face de obicei precoce către ganglionii cervicali profunzi (situaţi între mastoidă şi mandibulă). Extensia locală poate interesa nervii cranieni prin interesarea foramen lacerum sau a găurii jugulare. Simptome: epistaxis, diplopie, obstrucţie nazală, formaţiuni tumorale cervicale, surditate de conducere (afectarea trompei lui Eustachio) sau paralizii de nervi cranieni (pot fi afectaţi toţi cu excepţia nervilor I, VII şi VIII).

Diagnosticul se face prin rinoscopie posterioară, inspecţie, palpare şi biopsie nasofaringiană sub anestezie generală plus radiografie de bază de craniu.

Tratamentul este reprezentat de radioterapie. Prognosticul este deseori nefavorabil.

Tumorile de sinus maxilar sunt de obicei carcinoame scuamoase care se dezvoltă la o vârstă mijlocie sau la persoanele în vârstă. Suspectează-le la cei care prezintă o sinuzită cronică cu debut la o vârstă înaintată. Debutul se poate face cu rinoree sanguinolentă şi obstrucţie nazală. Tardiv poate apărea tumefierea obrazului, tumefacţia sau ulceraţia regiunii bucoalveolare sau a palatului, epifora datorită blocării canalului nazolacrimal, ptoză şi diplopie prin interesarea planşeului orbitei precum şi durere în zona de distribuţie a celui de al doilea ram al nervului cranian V. Extensia locală se face la obraz, palat, cavitatea nazală, orbită şi fosa pterigopalatină. *Teste:* radiografia şi tomografia evidenţiază eroziuni ale pereţilor osoşi. Un abord Caldwell Luc poate fi necesar pentru diagnosticul histologic. *Variante de tratament:* Radioterapie; chirurgie radicală; citostatice.

Neurinomul de acustic. Sunt neurofibroame cu creştere lentă (schwanoame) care se formează deseori pe ramul vestibular al nervului acustic. Se însoţesc de *tinnitus* homolateral ± surditate neurosenzorială. Tumorile mari se pot însoţi de semne cerebeloase homolaterale şi de semne de HTIC. Ameţelile sunt frecvente, vertijul este rar. Compresia trigemenului de către tumoră poate produce hipoestezie facială. Nervii cranieni adiacenţi pot fi afectaţi (mai ales V, VI, VII).

Teste: Radiografia poate evidenţia un conduct auditiv lărgit. RMN-ul face posibil diagnosticul precoce. *Tratament:* excizia chirurgicală poate fi posibilă.

Diverticulul faringian. Este o herniere a mucoasei la nivelul dehiscenţei lui Killian de la constrictorul inferior al faringelui. Poate apărea halitosis, regurgitaţii, precum şi o formaţiune cervicală (de obicei stângă). Diagnosticul se face prin tranzit baritat.

Tratamentul este de obicei chirurgical.

Carcinomul faringian. În momentul diagnosticului tumorile orofaringiene se află deseori într-un stadiu avansat. Simptomele includ vagi dureri în gât, senzaţia unui "nod în gât", otalgii iradiate şi iritaţie locală produsă de alimentele calde sau reci. Tumorile hipofaringiene pot produce disfagie, tulburări ale vocii, otalgii, stridor şi dureri în gât. *Tratamentul* este o combinaţie între metodele chirurgicale, chimioterapie şi radioterapie.

Sdr Plummer-Vinson (sdr Patterson-Kelly-Brown). Există un inel esofagian asociat cu anemia feriprivă şi posibil cu carcinomul post-cricoidian.

---

[1] M Gleeson 1994 *BMJ* i 1452

[2] UK tel: 0171 381 993

[3] Lancet Ed 1989 ii 840

Disfagia

Este dificultatea de înghiţire a alimentelor sau a lichidelor. Cu excepţia situaţiei în care este asociată cu o infecţie faringiană, ea reprezintă un simptom serios şi necesită investigaţii ulterioare, de obicei prin endoscopie, pentru a exclude neoplazia. Dacă pacientul acuză o senzaţie de "nod în gât" în momentele *când acesta nu înghite,* atunci diagnosticul cel mai probabil este cel de anxietate (globus hystericus).

Cauze *Maligne:*

- Cancer esofagian
- Cancer gastric
- Cancer faringian
- Compresiuni extrinseci (ex: cancer pulmonar)

Cauze neurologice:

- Paralizii bulbare (OHCM, p.466)
- Sdr. medular lateral
- Miastenia gravis
- Siringomielia (vezi MMC, p.476)

Altele:

- Stenoze benigne
- Diverticul esofagian
- Acalazia
- Scleroza sistemică
- Esofagita
- Anemia feriprivă

Diagnosticul diferenţial. Este necesar să punem 4 întrebări esenţiale:

1. Pacientul poate bea lichidele la fel de repede ca de obicei, cu excepţia cazurilor în care alimentele sunt blocate?

Da: Suspectează o stenoză (benignă sau malignă).

Nu: Gândeşte-te la o tulburare de motilitate (acalazia, cauze neurologice).

2. Mişcarea de deglutiţie este dificilă?

Da: Suspectează o paralizie bulbară, mai ales dacă tuşeşte în momentul deglutiţiei.

3. Este disfagia permanentă şi dureroasă?

Da: Suspectează o stenoză malignă.

4. Regiunea cervicală este proeminentă sau sunt prezente zgomote tip glu-glu la acest nivel în momentul înghiţirii lichidelor?

Da: Suspectează un diverticul faringian (pot exista regurgitaţii).

Investigaţii VSH; HC; tranzit baritat; endoscopie cu biopsie; studiul motilităţii esofagiene (necesită înghiţirea unui cateter ce conţine un transductor pentru presiune).

Alimentaţie. Disfagia poate conduce la malnutriţie. Deseori este necesar ca înainte de tratament pacientul să primească terapie nutriţională de suport.

Carcinomul esofaringian. Este asociat cu acalazia, cu ulcerul Barrett (p. 784), cu tylosis-ul (o afecţiune ereditară în care există hiperkeratoză palmară), cu sindromul Plummer-Vinson (vezi mai jos) şi cu fumatul. După rezecţie, supravieţuirea la 5 ani este rară (vezi MMC, p. 164).

Stenozele esofagiene benigne Cauze: refluxul esofagian; ingestia de substanţe caustice; corpi străini; traumatisme. *Tratament:* dilataţie (endoscopică sau cu bujii sub anestezie).

Ulcerul Barrett. Vezi MMC, p.694.

Acalazia. Există o diminuare a peristalticii esofagiene şi o incapacitate de relaxare a sfincterului esofagian inferior. Deglutiţia lichidelor şi a solidelor se face cu lentoare. RXT: nivel hidroaeric în spatele cordului, dublu contur pe marginea dreaptă a cordului produs de esofagul mult dilatat.

Tratament: Miomectomia vindecă aproximativ 75% din pacienţi. Dilataţia pneumatică poate fi utilă.

Sindromul Plummer-Vinson (Paterson-Brown-Kelly). Există un inel asociat cu anemia feriprivă şi probabil cu cancerul postcricoidian.

Paralizia facială

Anatomie Nervul facial ia naştere în bulb şi părăseşte trunchiul cerebral între punte şi bulb, după care trece prin fosa posterioară, în imediata vecinătate a urechii medii, pentru a părăsi craniul prin gaura stilomastoidiană şi a trece pe sub parotidă. Leziunile pot fi situate oriunde pe acest traiect. La nivelul osului temporal dă următoarele ramuri:

1. Marele nerv pietros superficial (lăcrimare);
2. Ramul pentru scăriţă (leziunile situate deasupra bifurcării provoacă hiperacuzie);
3. Coarda timpanului (asigură sensibilitatea gustativă a celor 2/3 anterioare ale limbii).

Cauze *Intracraniene:* tumori ale trunchiului cerebral; accidente vasculare cerebrale; poliomielită; scleroza multiplă; leziuni ale trunchiului cerebelopontin (neurinom acustic; meningită).

Intratemporale: tumori parotidiene; traumatisme.

Altele: boala Lyme; sarcoidoza; sindromul Guillain-Barré; diabet; paralizia Bell.

Examinare şi explorări Leziunile de neuorn motor superior provoacă paralizia muşchilor faciali inferiori, în timp ce în leziunile neuronului motor inferior sunt afectaţi şi muşchii frunţii. Leziunile trunchiului cerebral produc numai hipotonie musculară şi pot fi însoţite de paralizii ale nervului VI. Dispariţia lacrimaţiei (testul Schirmer p.554), a reflexului scăriţei, a gustului (electrogustometrie) şi scăderea secreţiei glandelor submandibulare (prin canularea canalelor excretoare) implică existenţa unor leziuni situate proximal faţă de originea ramurilor corespunzătoare. Examinează urechile (pentru a exclude otita medie, zona zoster şi colesteatomul) şi parotidele. Efectuează o radiografie a osului temporal. Electromiografia ne arată gradul leziunii.

Infecţia. În otita medie acută însoţită de paralizia nervului facial trebuie realizată miringotomia. În prezenţa colesteatomului trebuie realizată o explorare chirurgicală de urgenţă. Dacă paralizia este consecinţa unei afecţiuni rare – otita acută externă necrozantă – este necesară administrarea IV de antibiotice (ex: ticarcilină) precum şi o toaletă locală.

Sindromul Ramsay Hunt (Herpes zoster oticus) Vezi p. 847.

Paralizia Bell Cauza este necunoscută dar mulţi specialişti o consideră parte a unei polineuropatii virale însoţite de demielinizare care afectează şi nervii V, X şi C2. Debutul este brutal şi poate fi însoţit de durere. Comisura bucală este deplasată în jos, saliva se prelinge pe la colţul gurii, există o scădere a sensibilităţii gustative, iar la nivel ocular se constată creşterea (sau scăderea) producţiei de lacrimi. Pacientul nu poate încreţi fruntea, nu poate sufla cu putere, fluiera sau umfla obrajii.

Tratament: Protejează ochii cu ochelari fumurii. Dacă vindecarea necesită mult timp (luni), gândeşte-te la tarsorafie laterală. Dacă apar cele mai mici semne de uscăciune oculară, instilează în mod regulat lacrimi artificiale. Tratamentul cu Prednisolon este controversat. În cazul administrării, aceasta trebuie să se facă precoce (20 mg/6 h pentru primele 5 zile, reducându-se treptat doza până la întrerupere în următoarele 5 zile). Dacă electromiografia arată o degenerescenţă totală se poate realiza o explorare chirurgicală pentru a verifica integritatea nervului, ale cărui soluţii de continuitate pot beneficia de grefe (ex: cu nervul cutanat lateral al coapsei).

Formaţiunile tumorale ale gâtului

► Nu biopsia aceste formaţiuni până când chirurgul ORL nu a exclus existenţa unor eventuale tumori craniene sau cervicale. Toate materialele de biopsie prelevate din ganglionii limfatici trebuie cultivate (nu le pune în formalină) pentru BK.

Examenul complet al extremităţii cefalice şi al regiunii cervicale este prima etapă a diagnosticului, el putând evidenţia cauza. Ultrasonografia poate fi utilă în evaluarea consistenţei formaţiunii. Tomografia computerizată precizează bine raporturile anatomice ale formaţiunilor tumorale cu structurile învecinate. Biopsia prin aspiraţie poate fi realizată uneori, dar necesită o interpretare anatomo-patologică de mare fineţe.

Cauze frecvent: chisturi sebacee; lipoame; ganglioni limfatici; glande (salivare, tiroidă). Altele: tumori musculare; neurofibroame; chemodectoame; anevrisme carotidiene; laringocele; diverticuli faringieni; abcese TBC; chisturi branhiale şi de tireoglos; higroma chistică.

Cauzele limfadenopatiei Tonsilita; febra glandulară; bruceloza; TBC; HIV; toxoplasmoza; actinomicoza; sarcoidoza; febra "zgârieturii de pisică"; lues; fungi; limfoame; alte neoplazii (mai ales cronice); lipoidoze; histiocitoza.

Chisturile branhiale. Sunt formaţiuni pline de lichid "asemănătoare unei sticle de apă caldă pe jumătate pline" şi care proemină din spatele marginii anterioare a sternocleidomastoidianului în triunghiul carotidian. Se datorează persistenţei sinusului cervical (unde al doilea arc cervical creşte în jos şi acoperă arcurile 3 şi 4). Sunt căptuşite de epiteliu scuamos şi conţin un lichid în care sunt prezente cristale de colesterol. *Tratament:* Se face prin excizie.

Chistul tireoglos. Se dezvoltă din celulele rămase pe traiectul de migrare al tiroidei. Se prezintă sub forma unor formaţiuni fluctuente situate pe linia mijlocie şi care se deplasează atunci când pacientul scoate limba. *Tratament:* Excizie chirurgicală.

Tumorile tiroidiene. Pentru detalii vezi MMC, p.150.

Higroma chistică. Se formează din sacul limfatic jugular al gâtului. Apar la naştere sau la sugari; transluminează puternic. *Tratament:* Sclerozare cu soluţie salină hipertonă sau intervenţie chirurgicală.

Tumorile de corp carotidian (Chemodectoame). Este o tumoră cu dezvoltare lentă ce se formează la bifurcarea carotidei. De obicei are o consistenţă fermă, rareori este moale şi pulsatilă. Nu provoacă zgomote. Poate fi bilateral, familial şi malign (5%). Trebuie suspectat în cazul unor tumori situate chiar înaintea treimii superioare a sternocleidomastoidianului. *Diagnostic:* Angiografie computerizată digitală. *Tratament:* Extirpare de către un chirurg vascular.

Afecţiunile glandelor salivare: Sunt descrise la p. 646.

Glandele salivare

Există trei perechi de glande salivare majore (parotide, submandibulare, sublinguale) precum şi numeroase glande minore.

Anamneză şi examen obiectiv Formaţiuni tumorale; tumefacţii corelate cu alimentaţia?; durere?; gust alterat?; ochi uscaţi? Caută formaţiuni tumorale externe, secreţii (mai întâi în cavitatea bucală), efectuează palparea bimanuală pentru litiază, testează nervul VII, există adenopatii regionale?

Inflamaţia se datorează de obicei infecţiei sau obstrucţiei produse de un calcul (depuneri de fosfat şi carbonat de calciu în jurul unui nucleu de celule şi microorganisme). O abordare utilă se bazează pe prezenţa unilaterală sau bilaterală a simptomelor şi pe caracterul cronic sau acut al acestora.

Simptomele acute bilaterale se datorează de obicei oreionului (p.254). Pacientul este tânăr şi prezintă tumefacţie parotidiană.

Simptome acute unilaterale pot fi produse şi de oreion, dar poate fi şi o parotidită acută produsă prin ascensionarea unei infecţii orale. Aceasta apare post-operator dar este rară în zilele noastre, fiind secundară deshidratării sau igienei orale deficitare. *Tratament:* igienă orală, hidratare, antibiotice (funcţie de culturi şi sensibilitate). Dacă prin canalul excretor nu mai drenează puroi sau dacă febra şi durerea cresc, probabil s-a format un abces care va trebui drenat transcutanat.

Simptome unilaterale recurente sunt produse cel mai probabil de calculi. Cel mai adesea se găsesc în submandibulare (80%); în mod clasic pacientul acuză durere şi tumefacţie în momentul alimentării. Glanda poate fi roşie, tumefiată şi dureroasă chiar în absenţa infecţiei. *Diagnostic:* calculul poate fi observat pe radiografiile obişnuite sau la sialografie. *Tratament:* calculii distali sunt extraşi prin cavitatea bucală, dar în condiţiile în care calculul este situat în interiorul glandei este necesară excizia glandei.

Simptomele cronice bilaterale pot fi asociate cu uscăciunea ochilor şi a gurii precum şi cu alte afecţiuni autoimune ex: sdr. Sjögren sau Mikulicz (vezi MMC, p.706). *Tratamentul* este dificil. Dacă etiologia este reprezentată de infecţia cronică, atunci simplul tratament cu antibiotice nu va da rezultate: este necesară o cură prelungită cu oxitetraciclină 250 mg/12 h 1h ac PO.

Formaţiunile tumorale fixe pot fi idiopatice sau se datorează sarcoidozei.

Tumorile 80% sunt localizate în parotidă, 80% dintre ele sunt adenoame pleomorfe, 80% din ele sunt în lobul superficial. ►Orice glandă salivară mărită de volum şi care persistă mai mult de o lună trebuie excizată pentru evaluare. Pareza nevului VII sugerează malignitatea. Deoarece tumora creşte prin diviziune şi nu are capsulă, excizia tumorii va conduce la diseminări şi de aceea este necesară parotidectomia superficială. NB: sialogramele asociate cu CT (+ filtre pentru os) pot fi un test util preoperator. Clasificarea este complexă: detalii complete în versiunea electronică.

Benigne sau maligne	*Maligne*	*Maligne*
Cistadenolimfom	Mucoepidermoid	Carcinom scuamos
Adenom pleomorfic	Cu celule acinice	Adenocarcinom
		Carcinom adenoid chistic

Adenomul pleomorfic: Vârstă mijlocie; creştere lentă; trebuie înlăturată prin parotidectomie superficială sau prin enucleere şi radioterapie.

Adenolimfomul: de obicei persoane in vârstă; consistenţă moale. Tratament: enucleere.

Carcinomul: creştere rapidă; masă dură fixă; durere şi paralizia nevului VII. Tratament prin combinarea chirurgiei cu radioterapie.

Complicaţii chirurgicale: *1* paralizia nervului VII – deseori pasageră *2* fistula salivară – deseori se închide spontan *3* sdr Frey - neurectomia timpanică poate fi utilă.

Câteva afecţiuni dentare şi periodontale

► Orice ulceraţie orală care nu s-a vindecat în trei săptămâni trebuie examinată de un specialist şi biopsiată pentru a exclude neoplaziile (vezi MMC, p.500).

Cariile dentare Deşi în Occident sunt în declin datorită mai ales utilizării fluorului, numărul lor creşte exponenţial în lumea a treia. Factorii etiologici sunt reprezentaţi de bacterii (mai ales *S. mutans*), alimente, (zaharuri) şi de o anumită structură a suprafeţei dentare. În cazul indivizilor sănătoşi este o afecţiune complet prevenibilă. **Cariile căţărătoare** sunt o variantă întâlnită la copii care consumă cantităţi excesive de sucroză sub formă de bomboane, băuturi "sănătoase" şi medicamente. **Cariile produse de radiaţii** sunt observate consecutiv radioterapiei capului şi gâtului; atât boala de bază cât şi tratamentul ei pot produce osteoradionecroza maxilarului.

Tratament şi complicaţii: Durere ± infecţii. Durerea dentară răspunde cel mai bine la AINS, ex: Ibuprofen 200-400 mg/8 h PO pc (îl poate cumpăra de la farmacie), iar infecţia dentară la penicilină şi metronidazol. Tratamentul medicamentos nu este niciodată definitiv şi tratamentul dentar este întotdeauna necesar.

Afecţiuni periodontale "Sunt printre cele mai răspândite afecţiuni ale speciei umane" (OMS). În mod virtual, întreaga populaţie dentată adultă are gingivită care este cauzată de complexele bacteriene şi polizaharidice de la interfaţa dinte-gingie (= tartru). Este înlăturată printr-un periaj corect. Infecţia hepatică acută şi rareori cea streptococică pot produce inflamaţie gingivală.

Gingivita acută ulcerativă (angina Vincent) este o afecţiune dureroasă, însoţită de halenă produsă de anaerobi – *fusobacterii* – şi spirochete *(Borellia vincentii)*. Se asociază cu stresul şi cu fumatul. Tratează cu penicilină 250 mg/6 h PO şi metronidazol 400 mg/8 h PO.

Tumefacţiile gingivale se pot datora exacerbării inflamaţiei produse de stările imunodeficiente, deficitul de vitamină C, diabet sau de acutizări şi infiltrate în leucemii. Hiperplazia fibroasă poate fi congenitală sau indusă de medicamente precum fenitoina, ciclosporina A şi nifedipina.

Parodontita constă în progresia inflamaţiei localizate de la gingii la ligamentul de susţinere a dintelui. Este asociată cu bacteriile anaerobe, cu depozite bacteriene calcificate (calculi, tartru) sau cu igiena orală deficitară. Necesită tratament de specialitate.

Parodontita juvenilă Apare la persoanele tinere şi se asociază cu organisme care pot răspunde la antibiotice administrate local sau sistemic.

Malocluzia Poziţionarea inadecvată a dinţilor în maxilare sau între maxilare este frecventă. Cei care au dinţii superiori proeminenţi sunt predispuşi la traumatisme, iar copiii cu risc (ex: epilepsie) sau cei care practică sporturi de contact trebuie consultaţi de un ortodont. Cei cu anomalii faciale sau maxilare severe şi care pot fi incapabili să mestece sau au dificultăţi psihice datorită aspectului lor pot fi supuşi unor intervenţii chirurgicale corectoare.

Măselele de minte În Occident sunt considerate, ca şi apendicele, ca fiind resturi de organe. Sunt responsabile de un număr foarte mare de intervenţii chirurgicale care necesită internare. Dacă sunt asimptomatice şi nu sunt supuse contaminării din cavitatea bucală, nu necesită extracţie. Complicaţiile sunt reprezentate de durere şi infecţie; ele pot fi implicate şi în fracturi ale mandibulei. Recuperarea post-operatorie este deseori complicată de durere şi edem; durerea răspunde bine la AINS şi slab la opiacee, mai ales la dihidrocodeină. Infecţia complică până la 30% din cazurile care nu primesc antibiotice. Penicilina şi metronidazolul (ca mai sus) sunt obligatorii.

Erupţia dinţilor Durerea acută la nivelul cavităţii bucale şi care apare în cursul erupţiei dentare este deseori produsă de infecţiile virale (ex: herpetice). Debutul erupţiei dentiţiei provizorii se corelează cu scăderea titrului anticorpilor materni transferaţi transplacentar.

NB: Alte afecţiuni ale mucoasei bucale sunt descrise în MMC la p. 500.

8. Dermatologie

Traducere de Dr. **DANA MIHAI**

Esenţa dermatologiei 651
Anamneza şi examenul fizic 652
Diagnostice diferenţiale în dermatologie 654
Manifestări cutanate în afecţiuni sistemice 656
Afecţiuni specifice şi manifestările lor 656
Diagnostice dermatologice care nu trebuie trecute cu vederea 658
Molă sau melanom? 660
Psoriazisul 662
Eczema (sau "dermatita") 664
Infecţii cutanate 666
    micotice superficiale 666
    bacteriile, virusurile şi pielea 667
Verucile 668
Acneea vulgară 668
Afecţiuni cutanate diverse 670
    Hemangioamele 670
    Lichenul plan 670
    Pitiriazisul rozat 670
    Acneea rozacee 670
    Căderea părului (alopecia) 670
    Veziculele şi bulele 671
Ulcerele de gambă 672
Ciorapii elastici de suport progresiv 674
Erupţii fotosensibile 676
Infestări parazitare (scabie, păduchi, insecte) 678
Afecţiuni în care sunt implicate mastocitele 680

Notă: Se presupune că cititorul are acces la pacienţii din cabinetele de dermatologie, astfel încât afecţiunile descrise aici pot fi văzute în realitate. Dacă acest lucru nu este posibil, împreună cu acest text pote fi utilizat un atlas dermatologic bun. Un astfel de atlas este R. Ashton şi B. Leppard – 1992 – *Diferential Diagnosis in Dermatology* 2ed, Radcliffe Medical Press (ISBN 1 870905 47 4).

Esenţa dermatologiei

Pe lângă faptul că reprezintă un organ în sine, pielea este o scenă pe care celelalte organe ale unui individ, precum şi emoţiile acestuia, îşi joacă rolurile în modul cel mai vizibil. Vasele sanguine cutanate sunt principalele intrări şi ieşiri, permiţând manifestări de tip eritem, o reacţie produsă de complexe imune, o flebită migratorie, un eritem în fluture, sau apariţia unor steluţe vasculare. Deci, atunci când examinezi pielea, gândeşte-te cu plăcere că ai privilegiul de a viziona funcţionarea interiorului întregului organism.

Anamneza şi examenul fizic

Anamneză. *Congenital* sau *dobândit; ocupaţia* (substanţe chimice industriale, animale domestice); factori declanşatori (căldură, frig, lumină), simptome de atopie (eczemă infantilă, rinită alergică, astm); medicamente, stresuri recente; tip de personalitate; prurit; antecedente heredocolaterale privind o problemă similară sau simptome de atopie.

Examen fizic. Examinează tegumentul în întregime.

Distribuţie. Diseminată şi simetrică (maladie sistemică); legată de îmbrăcăminte şi bijuterii (dermatită de contact); zonele expuse la soare, de ex. faţa, mâinile (fotosensibilizare); tipică pentru psoriazis, de ex. scalp, coate, genunchi, distribuţia dermatomerică sugerează herpes zoster.

Aspect. De ex. leziune inelară, liniară etc. (p. 654).

Descrierea leziunii. Leziunile de forme bizare sugerează un agent cauzal extern (de ex. lichid caustic, leziuni autoinduse). *Infecţiile micotice* se caracterizează prin creştere lentă; suprafaţă netedă; margini active cu vindecare centrală; şi asimetrie – vezi p. 666.

Termeni utilizaţi în descrierea leziunilor

Maculă. Modificare circumscrisă a culorii pielii, cu diametrul sub 1 cm.

Placă: Maculă cu diametrul >1 cm.

Papulă: Zonă proeminentă, palpabilă, cu diametrul sub 1 cm.

Maculo-papulos: zone proeminente, de culoare diferită faţă de tegumentul adiacent.

Placarde: Papule confluate -zone plate proeminente mai mari.

Noduli: Leziune solidă, dermică sau hipodermică, cu diametrul sub 1 cm.

Veziculă: Leziune mică, plină cu lichid, cu diametrul sub 1 cm.

Bulă: Veziculă mai mare de 1 cm.

Pustulă: Leziune circumscrisă, plină cu puroi.

Chist: Cavitate cu pereţi epiteliali care conţine material lichid sau semisolid.

Scuamă: Lambou de piele dură (cornoasă).

Leziune crustoasă: Leziune care are la suprafaţă un exsudat uscat.

Fisură: Soluţie de continuitate în epiderm.

Lichenificare: Piele îngroşată (deseori violacee) cu pliuri exagerate (ca pielea de Maroc).

Atrofie: Scăderea în grosime a pielii, pierderea părului şi a glandelor sebacee.

Cicatrice: Ţesut conjunctiv de înlocuire, apărut în urma pierderii de ţesut epitelial.

Ulceraţie: Pierdere de substanţă de formă neregulată în ţesutul epitelial.

Eritem: Zonă de roşeaţă a pielii care dispare de obicei la presiune.

Fenomen Koebner: Leziuni cutanate în zonele de traumatism extern. Leziunile pot fi psoriazis, lichen plan, veruci vulgare, vitiligo.

Alopecie: Căderea părului.

Indurat: Dur, îngroşat.

Diagnostice diferenţiale în dermatologie

Leziuni inelare

- Psoriazis: zone roşii acoperite de scuame argintii, p. 662.
- Leziuni micotice (deseori asimetrice, şi pornind de la un focar), p. 666.
- Eczemă în plăci (dacă au formă de monedă, se foloseşte termenul "numulară").
- Eritem polimorf: leziuni în formă de ţintă cu veziculă sau hemoragie centrală, p. 656.
- Granulom inelar: placă violacee, de ex. pe dosul mâinilor, cu tegumentul supraiacent intact, spre deosebire de infecţiile micotice. Frecvent la diabetici.
- Epiteliom bazocelular. Noduli albi cu aspect perlat la periferie, p. 658.
- Urticarie: rash ca de urzică roşu şi alb, maculo-papulos, asociat cu diverşi alergeni sau temperaturi scăzute. Uricaria este un edem localizat, cutanat sau mucos, provocat de eliberarea de substanţe vasoactive (de ex. histamina).
- Pitiriazis rozat (p. 670); lichen plan (p. 670).
- Arsuri (la un copil, poate fi o arsură de ţigară în cadrul unei maltratări).
- Lepră (zona albă anestezică în interiorul unui inel) sau sifilis secundar.

Leziuni liniare

- Fenomen Koebner (p. 662) – psoriazis sau lichen plan.
- Urticarie liniară (zgârierea pielii provoacă triplă reacţie – dermografism).
- Dermatita *artefacta* (traumatism auto-indus, ascuns de pacient).
- Fitofotodermatoză indusă de psoralen, ca de ex. după smulgerea de buruieni (troscot, rută) în grădină.
- Impetigo: o erupţie pruriginoasă papulopustuloasă stafilococică (± streptococică) care se poate extinde de-a lungul leziunilor de grataj. Leziunile debutează deseori perioral şi perinazal. Sunt acoperite de cruste galben-aurii ca mierea, şi răspund bine la tratamentul cu flucloxacilină în doze de 125 mg (copii) şi 200 mg (adulţi), per os, la fiecare 6 h.
- *Herpes zoster:* are aspect liniar dacă marginea dermatomului afectat este liniară.

Plăci albe

- Pitiriazis alb = placă post-inflamatorie pe faţă la copii.
- Pitiriazis versicolor: de natură micotică; aspect în "picături" de culoare maro sau albă (p. 666).
- Vitiligo: simetric, uneori pruriginos, cu margini hiperpigmentate, asociat cu maladii autoimune (de ex. anemie Biermer, tiroidită, diabet, boală Addison, *alopecia areata).*

Rareori asociat cu pibaldism (congenital, cu o şuviţă de păr albă) sau cu lepra.

Diagnostice diferenţiale în dermatologie

Pete brune

- Efelide (pe zonele expuse la soare) sau nevi; sunt cele mai frecvente.
- Lentigine (ca efelidele, dar mai închise la culoare, şi neafectate de lumina solară).
- Melanoză senilă: solitară, pe obraz la vârstnici; se poate transforma malign.
- Pete *café au lait:* palide, neregulate. Dacă >5, posibil neurofibromatoză.
- Veruci seboreice: papule brune, grăsoase. Nu sunt maligne; nu sunt veruci veritabile.
- Epiteliom bazocelular, melanom şi keratoze actinice (p. 658).
- Maladii sistemice (de ex. hemocromatoză, boala Addison).

Noduli subcutanaţi. Pot fi: noduli reumatismali, nodulii din reumatismul articular acut, poliarterita nodoasă, xantelasmă, scleroză tuberoasă, neurofibroame, sarcoidoză, granulom inelar.

Prurit (dorinţa de a se scărpina); dacă aceasta produce papule, este vorba de prurigo; dacă tegumentul este ca pielea de Maroc, este vorba de lichenificare.

Întrebări: are prurit şi vezicule *(urticarie);* are prurit şi senzaţie de arsură *(dermatită herpetiformă);* este pruritul mai accentual noaptea; mai sunt şi alte persoane afectate? (scabie); ce provoacă pruritul? Pruritul accentuat de o baie caldă sugerează *policitemia sau urticaria acvagenică.* Există expunere, de ex. la animale sau la fibre de sticlă *(eczemă atopică)?* Este pacientul vârstnic *(prurit senil)?*

Caută cauze locale: şanţ acarian în spaţiile interdigitale; examinează firele de păr pentru păduchi (p. 674); caută bule la coate şi genunchi (dermatită herpetiformă, ca de ex. în boala celiacă); striaţiile Wickham (p. 670, lichen plan).

Caută cauze generale: adenopatii (limfom); koilonichie + conjunctive palide (anemie feriprivă); stigmate de hipotiroidism (sau hipertiroidism); hepatopatii cronice (în special ciroză biliară primitivă) şi insuficienţă renală; mase abdominale (sarcină, neoplazii).

Teste pentru: anemie, uremie, hiperglicemie, TFH, T4, RXT, hemoragii oculte în scaun. Teste de provocare (pentru dermografism şi pruritul acvagenic).

Tratamentul are ca scop prevenirea uscăciunii pielii: umidifică aerul; să evite leucoplastul; lâna şi supraîncălzirea.

Se aplică emoliente pentru a hidrata (şi răcori) pielea, de ex. pastă cu apă (+/- mentol 0,5%) în aplicaţii frecvente. Se mai pot încerca adăugarea de ulei (de ex. Aveeno®) în apa de baie şi trimeprazin, 10-20 mg/8 h PO.

Manifestări cutanate în afecţiuni sistemice

Eritem nodos. Apar leziuni nodulare eritematoase, dureroase, localizate pe suprafaţa anterioară a gambelor (+/- coapse/antebraţe). Se asociază cu: sarcoidoză; medicamente (sulfamide, contraceptive orale, dapsonă), infecţii bacteriene (streptococ, micobacterii, TBC, lepră). Asocieri mai puţin frecvente: boala Crohn; colită ulcerativă; vaccinarea BCG; leptospiroză; yersinioze; 🖫 diverse infecţii virale şi micotice.

Eritem polimorf (Erithema multiforme). Leziuni "în cocardă" (distribuţie simetrică; circulară, deseori cu veziculă centrală, inclusiv pe palme + plante). Apare de obicei pe membre. Deseori se însoţeşte de ulceraţii bucale, oculare, genitale şi febră (= sindrom Stevens-Johnson). Poate apărea după: medicamente (barbiturice, sulfamide); infecţii (herpes; mycoplasma; nodulii mulgătorilor); boli de colagen. 50% sunt idiopatice. Administrează corticoizi în cazurile grave.

Eritem cronic migrator. Începe ca o mică papulă care se transformă lent progresiv într-un inel eritematos (≤50 cm diametru) cu margini proeminente. Vindecarea începe din centru. Durează de la 2 zile la 3 luni, şi poate fi multiplu. Cauza este boala Lyme (vezi MMC, p. 233).

Erithema marginatum. Inele roz confluate pe trunchi, care apar şi dispar. Asociate cu reumatismul articular acut (sau, rar, alte cauze, de ex. erupţie postmedicamentoasă).

Pyoderma gangrenosum. Noduli sau pustule care se ulcerează, cu margini dureroase roşii/violacee. Orice localizare (frecvent pe molet, abdomen, faţă). Asocieri: CU; boala Crohn; RA; paraproteinemie; granulomatoză Wegener, mielom. Tratează cu corticoizi per os în doze mari.

Afecţiuni specifice şi manifestările lor

Boala Crohn. Ulceraţii perianale/vulvare. Eritem nodos. Pyoderma gangrenosum.

Diabet zaharat. Infecţii recidivante; ulceraţii; *necrobioză lipoidică* (zone strălucitoare, gălbuie, cu telangiectazii, pe suprafaţa anterioară a gambelor); granulom inelar (p. 654); necroză lipoidică la locul injectării insulinei.

Enteropatia sensibilă la gluten (boala celiacă). *Dermatita herpetiformă* (vezicule pruriginoase grupate pe genunchi, coate şi scalp). Se consideră că glutenul induce formarea de complexe imune circulante, care reacţionează cu elemente din derm. Pruritul (care poate împinge pacienţii la sinucidere) răspunde la dapsonă 100-200 mg/24 h per os în 48 h – şi poate fi folosit ca test diagnostic. Doza de întreţinere poate fi foarte mică, chiar 50 mg/săptămână. În 30% din cazuri ea va trebui menţinută, în ciuda unei diete fără gluten. Efecte secundare (legate de doză): hemoliză, hepatită, agranulocitoză. NB: risc de limfom crescut (în caz de boală celiacă *şi* dermatită herpetiformă la bărbaţi) – astfel încât este necesară supravegherea.[1]

Malabsorbţia. Piele pigmentată şi uscată, fragilă, căderea părului, leuconichie.

Hipertiroidism. *Mixedem pretibial* (proeminenţe roşii edematoase supramaleolare care progresează către un edem infiltrat al gambelor şi picioarelor), acropachia tiroidiană (hipocratism+exostoze subperiostale falangiene).

Neoplazii. *Acanthosis nigricans:* îngroşare aspră, pigmentară a pielii în axile sau zonele inghinale, cu leziuni verucoase, asociate mai ales cu carcinom gastric; *dermatomiozită* (p. 754); *metastaze cutanate; ihtioză dobândită:* piele uscată, descuamată, asociată cu limfom; *tromboflebită migratorie:* grupări de noduli dureroşi, apărute succesiv, care afectează vasele sanguine din întregul organism, asociate cu carcinom de pancreas (în special tumori de corp şi coadă de pancreas).

Hepatopatii. Eritem palmar; steluţe vasculare; ginecomastie; pierderea pilozităţii sexuale secundare; icter; echimoze; leziuni de grataj.

---

[1] B Bardur 1994 *BMJ* i 13

Diagnostice dermatologice care nu trebuie trecute cu vederea

Melanom malign. – p. 660; **Sarcom Kaposi** în SIDA, OHCM, p. 700.

Epiteliom spinocelular. Se prezintă de obicei ca o leziune ulcerată, cu margini dure, proeminente. Poate debuta pe cheratoze solare (vezi mai jos), sau poate apărea pe buze, la fumători, sau pe ulcerele de gambă cu evoluţie îndelungată. Metastazele sunt rare, dar distrucţia locală poate fi importantă.

Tratament: excizie totală. NB: poate fi confundat cu un keratoacantom (o papulă cu creştere rapidă, benignă, autolimitată, acoperită de un dop de keratină).

Lepră. Fii suspicios în faţa oricărei leziuni hipopigmentare anestezice.

Sifilis. Orice ulceraţie genitală este sifilis până la proba contrarie. Sifilis secundar: erupţie papuloasă – inclusiv pe palme (vezi MMC, p. 218).

Epiteliom bazocelular (Ulcus rodens). Acest epiteliom are potenţial malign – chiar dacă este cu evoluţie lentă. Netratat, se poate însoţi de distrucţii locale importante. Factori de risc: rasa albă, expunerea la soare. Este un nodul ulcerat, cu margini proeminente, perlate – de obicei situat pe faţă, deasupra unei linii care uneşte bărbia şi lobul urechii. Leziunile mici pot fi tratate prin chiuretaj sau crioterapie. (NB: după orice crioterapie avertizează pacientul că se pot forma bule; ele pot fi sparte, repetat, cu un ac steril; recomandă o cremă antiseptică pentru prevenirea infecţiei, şi aspirină pentru dureri. Radioterapia este utilă la bătrâni, dar trebuie evitată la tineri din cauza formării de cicatrice şi telangiectazii.)

Keratoze senile sau actinice. Apar pe zonele expuse la soare, sub formă de cruste aglomerate alb-gălbui. Se pot transforma malign. *Tratament:* electrocauterizare; crioterapie; cremă 5% cu 5-fluoro-uracil, care se aplică de 2 ori pe zi, cu următoarea succesiune de efecte: Eritem→Veziculaţie→ Eroziune→Ulceraţie→Necroză→Vindecare cu epitelizare. Pielea sănătoasă nu este afectată. Tratamentul durează de obicei 4 săptămâni, dar poate fi prelungit. Leziunile de pe mâini şi antebraţe răspund mai încet la tratament. Nu există o absorbţie sistemică semnificativă dacă regiunea tratată este $<500\ cm^2$. Nu se administrează în timpul sarcinii. Mâinile trebuie spălate după aplicarea cremei.

Leucoplazia. Apare sub formă de plăci albe (care se pot fisura) pe mucoasa bucală sau genitală. Se poate transforma malign.

Carcinomul secundar. Cele mai frecvente metastaze cutanate provin de la sân, rinichi şi plămân. Leziunea este de obicei un nodul ferm, cel mai frecvent pe pielea capului. Vezi *acanthosis nigricans* (p. 656).

Diagnostice dermatologice care nu trebuie trecute cu vederea

Mycosis fungoides (limfom de piele). Prurit, plăci rotunde, roşii.

Epiteliom intraepidermic. *Boală Bowen* (carcinom *in situ):* începe ca o placă eritemato-scuamoasă non-invazivă, cu creştere lentă, dar ulterior se poate transforma în epiteliom spinocelular. Confirmarea se face prin biopsie. *Tratament:* excizie, electrocauterizare, crioterapie, radioterapie – sau 5-fluorouracil sub pansament ocluziv (vezi mai sus).

Boala Paget a sânului este un carcinom intraepidermic intraductal. Orice leziune mamelonară eritemato-scuamoasă poate fi boala Paget; şi de aceea este indicată o biopsie. ▶Nu pune niciodată diagnosticul de eczemă mamelonară fără a face mai întâi o biopsie. *Tratament:* de obicei este necesară mastectomia.

Eritroplazia Queyrat. Boala Bowen peniană. Are un aspect catifelat.

Molă sau melanom?

Melanomul malign. Raportul feminin/masculin este de aprox. 1,5%. Incidenţa în UK: 3 500/an, 800 decese (creştere cu 80% în ultimii 15 ani). Expunerea la soare este o cauză importantă, mai ales în prima copilărie. Diagnosticul poate fi dificil, dar majoritatea au ≥1 component major de pe lista Glasgow.[1] Poate apărea pe nevi preexistenţi.

MAJORE
- Modificarea dimensiunilor
- Modificarea formei
- Modificarea culorii

MINORE
- Inflamaţie
- Crustificare/sângerare
- Modificări senzoriale
- Diametru >7mm

CRACTERISTICI MAI PUŢIN SEMNIFICATIVE
- Formă asimetrică
- Neregularităţi de culoare
- Proeminenţă
- Margini neregulate

Pot apărea leziuni învecinate, "satelite". Dacă leziunea este netedă, bine delimitată şi regulată este improbabil să fie melanom.

Tratament: Este necesară excizia promptă – nu neapărat cu margini mari de siguranţă.[2] Limita tradiţională de 5 cm poate fi dublul celei necesare. Biopsia excizională simplă, urmată de excizie largă întârziată (după examenul histologic) este la fel de sigură ca excizia primară largă. Prognosticul depinde de grosimea tumorii (indicele Breslow, de ex. >90% supravieţuire la 5 ani dacă ≤0,75 mm; 80% dacă 1,5-3 mm; 60% dacă >3 mm). Bărbaţii au leziuni cu grosime mai mare.

Prevenire: • Statul la *umbră.* • *Siestă* în perioada cea mai fierbinte a zilei. > Se pune o cămaşă, o pălărie de soare cu boruri largi şi cremă de protecţie antisolară p. 676). ▶Se încep toate acestea din copilărie. La altitudini mai mari este necesară o protecţie mai mare, iar razele ultraviolete se transmit prin apă, astfel încât înotătorii au nevoie de ecrane solare care să reziste şi la apă (vezi p. 676).

Nevii. *Nevul comun dobândit.* Este absent la naştere, dar apare în prima copilărie, crescând în număr până la vârsta adultă. Predomină pe zonele expuse. Un număr >40 nevi este neobişnuit. Sunt de obicei rotunzi sau ovali, cu o margine netedă, abrupt delimitată de pielea din jur. Deseori au o culoare brună uniformă, dar pot fi pestriţi. Aceşti nevi evoluează de-a lungul mai multor ani după cum urmează. Apar ca o maculă mică cât un vârf de ac, brună sau neagră, care creşte în dimensiuni până la 6 mm. În acest stadiu, melanocitele ocupă joncţiunea dermo-epidermică ("nevi joncţionali"). Când creşterea laterală a nevului încetează, aceste celule coboară în derm, şi rezultă o papulă sau un nodul pigmentar numit "nev compus". Aceştia sunt rareori negri, cu excepţia indivizilor foarte pigmentaţi. Pe măsură ce coborârea continuă, nevul îşi pierde pigmentaţia şi devine un "nev dermic" de culoarea pielii. Peduncularea poate preceda ultimul stadiu, de involuţie. Orice nev se poate opri în unul sau altul din aceste stadii. În faţa unui nev, întrebarea cheie este: poate fi încadrat în unul din stadiile evoluţiei normale? Dacă nu, se ia în considerare diagnosticul de nev displazic şi se face o biopsie excizională.

Nevii displazici. Aceste leziuni pre-neoplazice sunt găsite la >30% dintre cei cu melanoame maligne. Unele familii sunt predispuse genetic la melanoame apărute pe nevi displazici (transmitere autozomal dominantă). Au un diametru de 6-15 mm. Numărul lor creşte de-a lungul vieţii adulte, şi, spre deosebire de nevii obişnuiţi, sunt larg distribuiţi, inclusiv pe pielea capului. Nevii displazici au în general margini neregulate, cu o mixtură diversă de culori. Conturarile lor se pierd treptat în pielea adiacentă. Aproape întotdeauna au o margine, care le dă aspectul aşa-numit de "ou prăjit". Dacă pigmentaţia este neagră, nevul poate să se transforme în melanom, şi trebuie tratat ca atare. Examinează tegumentul de două ori pe an pentru semne de neoplazie; recomandă evitarea soarelui.

Lentigo maligna. O proliferare de melanocite înlocuieşte stratul bazal al pielii. Cel mai frecvent apar la femeile vârstnice; metastazează rareori. Se trimit prompt la biopsie şi excizie.

---

1 MF Healsmith 1994 *Br J Derm* 130 48

2 *Annals of Surgery* 217 2-5

Psoriazisul

Această maladie cutanată inflamatorie, proliferativă, papulo-scuamoasă, recidivantă, în care turnoverul epidermic este mult crescut (ciclul celular este scurtat de la aprox. 311 h la de ex. 36 h) afectează ≥2% din rasa albă (caucaziană) (frecvent la fumători şi/sau consumatori de alcool, mai puţin frecvent la negri). Histologie: alungirea crestelor interpapilare şi papilelor (+/- edem), absenţa stratului granulos; parakeratoză şi formarea de microabcese Munro până la migrarea neutrofilelor în afara capilarelor papilare dilatate.

Aspect. Poate apărea la orice vârstă (erupţie de scutec, p. 210), în medie – 28 ani. Leziunea principală este o placă roşie acoperită de scuame argintii în zonele păroase ale corpului. Plăcile pot fi gutate (în picătură), geografice sau circinate (inelare). Scuamele şi proeminenţa lipsesc în zonele intertriginoase (inghinal, axile). Deseori este afectată pielea de pe suprafeţele de extensie – coate, genunchi.

Dacă sunt afectate mâinile şi picioarele, se formează pustule sterile (pustuloză palmară) şi fisuri foarte neplăcute. Pustuloza poate conduce la o formă gravă de boală, cu febră, leucocitoză şi limfopenie; poate fi declanşată de întreruperea corticoterapiei sistemice. Agravarea psoriazisului poate duce la eritrodermie totală.

Semne. Fenomenul Koebner: traumatismele fizice (de ex. plăgi, presiunea calotei pălăriei, arsuri solare, grataj) rezultă în apariţia de plăci liniare.

Semnul Auspitz: hemoragii punctiforme pe măsură ce scuamele sunt detaşate de plăci.

Psoriazis extracutanat. Depresiuni punctiforme ungheale; noduli corneeni; edeme; leziuni hepatice; artropatia, care apare la 7% din psoriazici în 1 din 5 moduri:

1. Afectarea articulaţiilor interfalangiene distale, cu depresiuni ungheale şi onicoliză.
2. Ca spondilita anchilozantă.
3. Ca artrita reumatoidă.
4. Poliartrita asimetrică a articulaţiilor mari, cu dactilită.
5. Artrită mutilantă: eroziuni severe ce produc "mână în lornion" *("main en lignette")*.

Diagnostic diferenţial. Micoze (p.666); lichen plan (papulele tind să apară pe suprafeţele de flexie, şi au striaţii fine); *mycosis fungoides* (poate necesita diferenţiere histologică); dermatita seboreică (fără plăci individuale, dar cele două entităţi se suprapun, cu leziunile unor pacienţi debutând ca dermatită seboreică tipică şi apoi transformându-se în psoriazis).

Tratament. Explicarea tratamentului, repausul şi înlăturarea factorilor declanşatori (stres, traumatisme, infecţii, Li^+, clorochin, β-blocante) sunt importante. *Corticoizii* şi *coal tarul* pot fi combinaţi (cremă Alphosyl HC® = hidrocortizon 0,5% + tar 5%). Deoarece tarul este dificil de aplicat – şi utilizarea de creme cu corticoizi foarte puternici poate duce la atrofie cutanată (mai ales pe faţă şi suprafeţele flexurale), în prezent se preferă tratamentul local al psoriazisului în plăci cu *calcipotriol*, unguent sau cremă, aplicat de 2 ori pe zi (derivat de vitamina D care inhibă proliferarea celulară; CI: sarcină, psoriazis foarte întins; se evită faţa). Alternativă: un regim de aplicaţii scurte de *dithranol* (cignolin): se aplică crema 0,1% cu atenţie pe leziuni şi se acoperă cu pansamente pentru a ţine crema în contact cu leziunile timp de 30 min. Apoi crema se spală, şi se reaplică în fiecare zi timp de aprox. 4 săptămâni. Se creşte concentraţia la fiecare 48 h (0,25%, 0,5%, 1%) – dacă nu apar arsuri sau iritaţii. Prudenţă: nu se aplică pe faţă sau în plici sau pe zonele inflamate. Se spală pentru a evita petele.

Iradiere cu ultraviolete lungi (UVA) (după ingestia unui psoralen = *PUVA):* sau cu UVB scurte fără psoralen, poate fi utilă, dar nu pot fi ignorate efectele secundare pe termen lung de îmbătrânire cutanată şi carcinogeneză. Cea mai bună indicaţie sunt cei cu psorizis grav, care au >45 ani.[1]

Medicamente citostatice. Psoriazisul care afectează calitatea vieţii poate justifica recomandarea *metotrexatului* aprox. 10-25 mg săptămânal per os (interacţionează cu cotrimoxazolul şi AINS; biopsia hepatică anuală detectează pe cei 5% din pacienţi care dezvoltă ciroză în urma administrării îndelungate acestui medicament) sau hidroxiureea. Se monitorizează hemograma.

---

[1] Psoriasis Association, 7 Milton Street, Northampton NN2 7JG (tel. UK 01604 711129)

Eczema (sau "dermatita")

Eczema atopică. Debutează frecvent în primele luni de viaţă, iar în 90% din cazuri dispare până la aprox. 12 ani. Alăptarea la sân poate preveni eczema atopică. Erupţia scuamoasă este simetrică, deseori afectând faţa, şi suprafeţele de flexie (sau suprafeţele de extensie la negri).

Tratament: Scopul este de a face pielea suplă (pentru a evita fisurarea) şi de a preveni evaporarea. În acest scop, se va evita expunerea la frig şi vânt, se va folosi o emulsie grasă în loc de săpun, şi se va adăuga ulei de lanolină la apa de baie. După băi se va aplica în abundenţă o cremă hidratantă. Pe faţă şi în zonele umede (intertriginoase) nu se va folosi mai mult decât un unguent cu hidrocortizon 1%. Zonele mai groase, ca palmele, necesită uneori corticoizi locali puternici, de ex. clobetasol 0,05% de 2 ori pe zi, nu mai mult de 2-4 săptămâni. Curele repetate pot fi administrate în condiţii de siguranţă, dar numai după o pauză de >2 luni. Dacă se folosesc mai des corticoizii potenţi, pot apărea următoarele efecte secundare: ▶: atrofie cutanată ireversibilă, eritem, vergeturi, supresia suprarenalei şi blocarea creşterii la copii.

Eczema exogenă de origine iritativă. Mâinile sunt deseori afectate, cu eritem, veziculaţie şi fisuri. Iritanţii pot fi (acasă) detergenţii, înălbitorii, săpunurile şi (la locul de muncă) uleiurile minerale, acizii, bazele şi solvenţii. O reacţie pozitivă după expunerea controlată a pielii la iritant ("patch test") este utilă pentru confirmarea diagnosticului.

Tratament: Pe cât posibil se evită iritanţii; se spală imediat după expunere. Cremele protectoare şi mănuşile de cauciuc pot fi utile (dar poate fi necesară purtarea unor mănuşi de bumbac pe dedesubt). Corticoizii locali (de ex. valeratul de betametazonă 0,01%) sunt utili în eczema uscată, lichenificată. Dacă veziculaţia este importantă, se încearcă băile cu soluţie de permanganat de potasiu (1:8000) timp de 15 min/8 h. Dacă apare suprainfecţia secundară, se administrează antibiotice per os (de ex. eritromicină 250 mg/8 h).

Eczema alergică de contact. Spre deosebire de simplii iritanţi, patch testul produce o reacţie marcată şi prelungită, chiar când agentul este diluat. Alergenii obişnuiţi includ conservanţii din unguente; vopselele; nichelul (în aur, nasturi, fermoare); cromaţii (ciment, piele); lanolina (cosmetice, unguente); răşinile (cleiuri); plantele (deseori primulele); antibioticele locale; antihistaminicele şi antisepticele.

Aspectul eczemei depinde de sediul contactului. Există deseori o delimitare precisă, acolo unde se sfârşeşte contactul – deşi poate apărea şi diseminarea în alte zone (autosensibilizare). Pielea subţire şi umedă este cea mai vulnerabilă.

Tratament: Eczema foarte gravă, generalizată, poate necesita corticoterapie orală (de ex. se începe cu 30 mg prednisolon şi se reduce rapid). În celelalte cazuri, tratamentul local cu hidrocortizon 1% de 3 ori pe zi este de obicei eficace (cremă pentru eczema umedă; unguent pentru leziunile uscate).

Eczema seboreică. Această erupţie scuamo-crustoasă afectează zonele cu glande sebacee numeroase şi mari, de ex. zonele intertriginoase, faţa, plicile, pielea capului (mătreaţă – sau "casca seboreică" la nou-născuţi).

Tratament: "casca seboreică" se tratează cu un keratolitic uşor (sulf 1% şi acid salicilic 1% într-o cremă apoasă de 3 ori pe săptămână seara, urmat de o şamponare a doua zi dimineaţa). Adulţii pot folosi un preparat mai puternic (5%) sau *Ung. cocois co.* Corticoizii locali slabi pot fi utilizaţi pentru leziunile care se extind dincolo de scalp.

Prevenirea eczemei infantile

La sugarii susceptibili sau cei cu antecedente familiale pozitive:

- Se încurajează mama să alăpteze sugarul la sân.
- Se încearcă reducerea alergenilor din laptele de mamă prin excluderea din dieta mamei a tuturor produselor lactate, ouălor, peştelui, alunelor şi produselor din soia.[1] Se administrează mamei un supliment de calciu (1 g per os). Se asigură o dietă echilibrată.
- Dacă alăptarea la sân este imposibilă, mulţi încearcă laptele de soia (de ex. Wysoy®) – dar acesta nu dă rezultate.[1] Cele mai meticuloase studii sugerează că o alternativă mult mai bună este un lapte în care proteinele (cazeina) au fost hidrolizate (de ex. Nutramigen® sau Pregestimil®).

---

[1] R Chandra 1989 *BMJ* ii 228

Infecţii micotice superficiale

Fungii sunt eucariote (>1 cromozom) cu un nucleu diferenţiat şi pereţi celulari rigizi polizaharidici. Sunt organisme heterotrofe (se hrănesc cu substanţe organice) care nu fac fotosinteză. Celulele formează hife, care se înlănţuie şi se încrucişează pentru a forma micelii. Artrosporii sunt rezultatul fragmentării hifelor. Există 5 genuri importante în micozele cutanate: *Microsporum, Epidermophyton, Tricophyton, Candida* şi *Malassezia*. Primele 3 sunt mucegaiuri, şi reprezintă 90% din micozele cutanate (se mai numesc şi "herpes circinat" sau "tinea"). Enzimele proteolitice permit invadarea pielii, părului şi unghiilor. Zone afectate: inghinale *(tinea cruris);* picioarele *(tinea pedis);* unghiile *(tinea unguium);* şi capul – *tinea capitis* (rară în Marea Britanie). *Microsporum canis* (transmis mai ales de pisici (!) în orice zonă(e) este zoofil, aşa încât tinde să provoace infecţii mai acute decât ceilalţi dermatofiţi – de ex. *T.rubrum* (care afectează toate zonele); *T.mentagrophytes* (picioare, unghii); *T.violaceum* şi *T.verrucosum* (pielea capului); *E.floccosum* (inghinal, picioare); *M.audoninii* (pielea capului).

Leziunile constau într-o zonă eritematoasă bine delimitată, acoperită de scuame fine, care deseori are tendinţa la vindecare în partea centrală, pentru a produce aspectul inelar caracteristic.

Drojdiile sunt fungi unicelulari care se înmulţesc prin înmugurire. Sunt dimorfe, astfel încât pot produce şi hife -în funcţie de mediu. *Pityrosporum orbiculare* (numit şi *Malassezia furfur)* este o drojdie lipofilă care provoacă pitiriazisul (sau *tinea)* versicolor – cu plăci roz-brune, scuamoase pe trunchi. Leziunile sunt deseori albe la indivizii negri şi brune la cei albi. *Candida albicans* este un oportunist cutanat: întotdeauna de faţă, întotdeauna pregătit. Sediile favorizate sunt gura, vaginul, conturul unghiilor (perionixis cronic), spaţiile interdigitale şi inframamare. Leziunile sunt eritemato-scuamoase, deseori cu papule satelite.

Piciorul de atlet este o leziune pruriginoasă, macerată şi fisurată între degetele de la picioare. Poate fi provocat de specii de Candida sau de *T.mentagrophytes* sau *T.rubrum*, împreună cu diverse bacterii (mai ales Gram+).

Diagnostic. Culturi; microscopia scuamelor vizualizează hife; keratina este dizolvată de aplicarea pe lamă de hidroxid de potasiu 20% timp de 15 min, împreună cu o încălzire uşoară. Este cel mai bun mijloc de a demonstra prezenţa *M.furfur*, care se colorează rapid cu tuş.

Tratament. Unguentul cu acid salicilic 3% şi acid benzoic 6% (pomada Whitfield) este util în multe micoze, dar devine depăşit de imidazolii topici (de ex., cremă cu clotrimazol 1%). Griseofulvina este activă numai pe dermatofiţi. Se administrează 250-500 mg/12 h per os timp de ≥ 6 luni (adulţi) dacă sunt afectate unghiile.

Dacă unghia este deformată şi dureroasă, o cremă cu uree 40% poate fi aplicată sub un pansament ocluziv timp de 10 zile, înlăturarea unghiei fiind apoi uşoară. Factorul cheie în tratamentul perionixisului este menţinerea uscată a leziunii.

Terbinafina este o alternativă costisitoare (de ex. 250 mg/24 h per os timp de 1-3 luni) în micozele dificile, de ex. acolo unde keratina este groasă (unghii, plante, palme). ES: dureri abdominale, erupţii, cefalee.

Bacteriile, virusurile şi pielea

Corynebacterium minutissimum provoacă o infecţie inghinală superficială *(erythrasma)* asemănătoare cu *tinea cruris* – dar leziunea nu este proeminentă, nici veziculoasă.

Tratament: o săptămână de eritromicină (de ex. 250 mg/6h PO).

Foliculita. Reprezintă o erupţie de pustule centrate fiecare de un folicul pilos – care pot fi produse de bacterii sau substanţe chimice.

Tratament: eritromicină 250 mg/6 h PO.

Furunculoza. Pustule stafilococice într-un folicul pilos – prin confluare, formează un furuncul antracoid. *Tratament:* se exclude un eventual diabet. Se drenează puroiul.

Erizipel. Această celulită streptococică afectează deseori faţa (sau piciorul), producând febră şi simptome pseudo-gripale. Pielea este roşie şi edematoasă *("peau d'orange")*. *Tratament:* Co-amoxyclav (250/125) 1 tabletă/PO – sau eritromicină 500 mg/8-12 h PO (sau fenoximetilpenicilină 500 mg/4h PO ± flucloxacilină 250 mg/6 h PO).

Pentru *impetigo*, vezi p. 654.

Infecţii cutanate virale. Zoster; *molluscum contagiosum* (buchete de papule ombilicate, perlate, provocate de un virus ADN, care răspund la înţeparea cu un beţişor cu vârful înmuiat în fenol); veruci.

---

1 M Goodfield 1992 *BMJ* i 1151 2 *Drug Ther Bul* 1992 30 47

Verucile

Sunt provocate de infectarea celulelor epidermice cu papiloma-virus uman (HPV) – de la alte veruci, fie din altă zonă a corpului pacientului, fie de la un alt individ. Podelele calde şi umede sau prosoapele pot reprezenta surse de contaminare. Verucile vulgare (HPV2) sunt papule rotunde cu suprafaţa inegală, keratozică. Verucile plane (HPV3) sunt mai mici şi au un aspect aplatizat. Verucile de pe suprafaţa plantară a piciorului se mai numesc veruci endofitice (de ex. HPV4 sau HPV1 pentru verucile plantare profunde, dureroase, numite şi mirmecii). Verucile multiple pot conflua pentru a forma o verucă în mozaic (HPV2). Verucile genitale (HPV 6, 11, 16, 18) se mai numesc şi condiloame acuminate. Deseori sunt pediculate. Multe din veruci involuează spontan (prin mecanisme imune mediate celular), iar 20% din indivizii normali scapă de verucile lor în 3 luni. De aceea, mulţi indivizi nu necesită tratament. La cei cu sarcoidoză sau maladii autoimune, verucile au o evoluţie mai îndelungată decât la subiecţii normali.

Tratament: poate fi necesar pentru verucile persistente. Majoritatea răspund la acid salicilic, de ex. sub formă de colodiu flexibil 12%. Trebuie să fie aplicat cu grijă, pentru a nu leza tegumentul adiacent. Scopul este de a înlătura straturile hiperkeratozice superficiale şi de a distruge epidermul subiacent. Laserul, crioterapia, chiuretajul şi electrocauterizarea sunt alternative -nu neapărat mai eficace. Excizia chirurgicală trebuie evitată pentru că lasă cicatrice. Condiloamele acuminate sunt deseori tratate cu o badijonare cu podofilină 15% (care trebuie spălată după ≤ 6 h). Dacă verucile sunt multiple, vor fi tratate prin rotaţie, pentru a evita efectele toxice ale absorbţiei podofilinei. Se evită în timpul sarcinii (este teratogenă). La gravide se poate folosi crioterapia cu azot lichid. Partenerul sexual al pacientului trebuie şi el tratat. Femeile vor fi urmărite anual prin frotiuri cervicale datorită asociaţiei cunoscute dintre verucile genitale şi cancerul de col. Verucile plane sunt cel mai bine lăsate netratate, dar verucile în mozaic, necesită deseori un tratament prelungit, şi chiar şi atunci pot fi refractare la tratamentul convenţional. Verucile refractare trebuie trimise la un specialist care va utiliza un retinoid sau infiltraţii intralezionale cu interferon sau bleomicină.

Acneea vulgară

Este o maladie inflamatorie papulo-pustuloasă/nodulochistică, de obicei limitată la faţă şi trunchi, care este foarte frecventă la adolescenţi (aprox. 90% sunt afectaţi). Este provocată de supraproducţia de sebum. şi blocarea ductelor sebacee, de unde leziunea primară – comedonul ("punct negru") – al cărui vârf negru este produs de melanină şi nu de praf. Ocazional poate apărea şi o poliartrită seronegativă coexistentă. Acneea este androgen-dependentă. Colonizarea de către *Propionibacterium acnes* este probabil un factor important. Vindecarea poate avea loc cu cicatrizare, şi, dacă se formează cicatrice cheloide (cu ţesut conjunctiv în exces), pot urma desfigurări majore. Totuşi, datorită vârstei la care apare acneea, chiar şi o desfigurare minoră poate fi un mare handicap. Pacienţii au deci nevoie de o atitudine înţelegătoare din partea medicului lor.

Tratament. Un bun punct de plecare este spulberarea unora dintre miturile acneei – de ex. că este provocată de lipsa de igienă, că suferinzii nu se deranjează să se spele, sau că grăsimile sau ciocolata sunt de vină. Acneea uşoară poate fi tratată cu *loţiune de benzoil peroxid 5%* (poate fi cumpărată fără reţetă). *Clindamicina 1% topică* (de 3 ori mai scumpă, şi nu poate fi folosită simultan cu benzoilperoxidul) este disponibilă sub formă de loţiune pentru piele uscată sau sub formă de soluţie cu aplicator de tip "roll-on" (soluţie Dalacin T®) pentru o piele mai grasă.[1] Se aplică de 2 ori pe zi, timp de până la 12 săptămâni. În cazurile mai grave, se încearcă o cură de 6 luni de *eritromicină* sau *oxitetraciclină* (500-250 mg/12 h PO cu 1 h înainte de masă – se începe cu doza mai mare). *Crema cu acid azelaic* este un agent alternativ antibacterian/anticomedonian (prin inhibarea keratinocitelor) care poate fi aplicat de două ori pe zi, timp de până la 6 luni.[2] Anti-androgenii pot fi de asemenea utili la femei (de ex. *ciproteron acetat* 2 mg/24 h per os între zilele 5-26 ale ciclului) – poate fi combinat cu 35 μg etinil-estradiol sub formă de Dianette®. Cei cu acnee chistică severă sunt cel mai bine trataţi în spital cu *isotretinoin* (cu condiţia ca testele hepatice şi lipidele să fie normale). Isotretinoinul este teratogen.

---

[1] *Drug Ther Bul* 1992 30 33

[2] *Drug Ther Bul* 1993 31 50

Afecţiuni cutanate diverse

Hemangioame. *Granulomul piogenic:* Este un hemangiom dobândit care se prezintă ca o papulă roşie ce sângerează foarte uşor. Tratament: cauterizare. *Angiomul tuberos* este un hemangiom care apare la scurt timp după naştere, care poate creşte mult.în dimensiuni. Tratamentul nu este necesar, deoarece involuează.

Lichenul plan. Este o maladie papuloasă, deseori pruriginoasă, de origine necunoscută, care poate apare la orice vârstă (dar este rară la cei foarte tineri şi la vârstnici). Leziunea tipică este o papulă violacee de 2-5 mm, pe a cărei parte superioară aplatizată se pot vedea striuri albe, cunoscute sub numele de "striile lui Wickham". Zone afectate: articulaţia pumnului, suprafeţele de flexie ale antebraţelor, organele genitale, regiunea lombară, glezne. Poate avea aspect liniar, urmând liniile de traumatism (fenomen Koebner). Pe glandul penisului, leziunea are aspect alb şi inelar, iar în gură apare sub formă de striuri dantelate cu suprafaţă netedă. Maladia involuează de obicei în timp de 1 an de la debut. *Tratament:* Dacă este necesar, se încearcă valeratul de betametazonă în cremă (sau caşete PO).

Pitiriazisul rozat. Pacientul este de obicei un adult tânăr, care se prezintă primăvara sau toamna cu o erupţie de elemente roz ovale pe torace. Leziunile pot fi cu axele lungi aliniate şi pot prezenta o descuamare centripetă. Un element cheie al diagnosticului este debutul cu o placă solitară, scuamoasă şi infiltrată. Acesta este *"medalionul"*, care precedă erupţia propriu-zisă cu aprox. 2 săptămâni. *Tratament:* nici unul; este o afecţiune auto-limitată şi poate avea origine virală.

Acneea rozacee. Este un sindrom de hipertrofie a glandelor sebacee, cu dilatarea vaselor sanguine cutanate, care afectează numai faţa. Poate debuta cu eritem pasager. Urmează telangiectazii simetrice, papule şi pustule. Nu este o formă de acnee. Cauza este necunoscută. La bărbaţi, prin îngroşarea pielii pot apărea excrescenţe nazale importante (rinofima) care pot dispărea prin cojire. Poate apărea blefarită, conjunctivită şi vascularizare a corneei. *Tratament:* oxitetraciclină (250 mg/12-24 h PO cu 1 h înainte de mese) timp de mai multe luni. Metronidazolul 200 mg/12 h PO este o alternativă (a se evita alcoolul).

Căderea părului (alopecia). *Alopecia totalis* înseamnă pierderea totală a părului dintr-o zonă specifică (de ex. scalp). *Alopecia totalis et universalis* înseamnă pierderea în totalitate a părului din toate zonele. Dacă pielea este normală, cauza poate fi *alopecia areata* (plăci alopecice la nivelul scalpului). Se caracterizează prin fire de păr scurte, rupte (în "semn de exclamare"). De obicei părul creşte din nou spontan. Alte cauze: alopecia androgenică (la femei este probabil un nivel crescut de androgeni – de ex. boala Cushing, tumori suprarenale sau ovare polichistice) în maladii tiroidiene, anemie Biermer, hipopituitarism, stres, citostatice, anticoagulante, anemie feriprivă.

Dacă pielea este albă şi atrofică (alopecie cicatriceală), cauza poate fi: lupus eritematos cronic discoid, lichen plan, sclerodermie localizată, traumatism, iradiere. *Tratamentul* este nesatisfăcător. S-a încercat soluţia cu minoxidil 2%, dar deseori aceasta produce numai un puf vellus în loc de păr normal – care cade la întreruperea tratamentului.

Bulele. Sunt vezicule mari (diametru >1 cm). *Cauze:*

- Înţepături de insecte (se caută vezicule grupate, fiecare cu câte un punct central).
- Fotosensibilizare medicamentoasă (fenotiazine, sulfonamide, tiazide).
- Eritem postmedicamentos fix (bulele apar totdeauna în aceeaşi poziţie la fiecare administrare a medicamentului – de ex. salicilaţi, barbiturice, chinină).
- Deshidroză (dermatită pruriginoasă cu vezicule pe mâini – benignă).
- Dermatită herpetiformă (prurit sever, bule grupate pe genunchi, coate, scalp, umeri. Asociere: boală celiacă. Răspunde la dapsonă).
- Sindrom Stevens-Johnson (vezi MMC, p. 709) – bule pe mucoase, plus leziuni în cocardă cu o bulă centrală pe mâini. Deseori maladie sistemică, şi poate necesita corticoterapie orală. *Cauze:* infecţii virale, sulfamide.
- Pemfigus: o boală autoimună (anticorpi faţă de membranele celulelor epidermice). Bulele sunt superficiale şi se rup uşor. Poate apărea suprainfecţia secundară. Tratament specializat. Poate fi necesar prednisolonul (aprox. 100 mg/24 h).
- Pemfigoid: anticorpi anti-membrană bazală. Bulele sunt profunde şi se rup mai puţin uşor. *Tratament:* prednisolon (aprox. 60 mg/24 h).
- Alte cauze: căldură, degerătură, fricţiune, dermatită de contact.

---

1 *Drug Ther Bul* 1989 27 74

Ulcerele de gambă

Ulcerele de gambă (numite şi ulcere de stază venoasă) sunt secundare hipertensiunii venoase – deseori datorată insuficienţei pompei musculare în molet. Fibrinogenul difuzează în afara vaselor, înconjurându-le cu un manşon, şi împiedicând oxigenarea adecvată a ţesuturilor. Primul semn este deseori o placă inflamatorie eritematoasă, care devine pruriginoasă, scuamoasă, grăsoasă şi pigmentată (cu hemosiderină). Apoi suprafaţa se fisurează şi apare ulceraţia. Dacă survine vindecarea, aceasta are loc prin formarea de ţesut de granulaţie – care apare sub forma unei suprafeţe roşii, strălucitoare, inegale (formată din macrofage, fibroblaste şi vase sanguine). Urmează reepitelizarea. Prevalenţă: aprox. 1%. Sediul tipic: în jurul maleolei mediale. Sunt cronice, cu 40% din ulcere încă nevindecate după 1 an, şi 10% persistând ≥5 ani. Incompetenţa venei poplitee (la echografie) indică o vindecare lentă. Doppler-ul este util în determinarea unei cauze arteriale, şi nu venoase, a ulcerului.

Alte cauze de ulcere: boli arteriale, anemie falciformă, epiteliom spinocelular (p. 658), pinta, poliarterita nodoasă, efect postmedicamentos.

Tratament. Măsuri generale. Se ameliorează staza prin efort fizic şi elevarea piciorului (cu glezna mai sus decât şoldul). Ciorapii elastici de suport progresiv sunt şi ei utili (în Marea Britanie generaliştii prescriu ciorapi Scholl Soft Grip). Un mediu umed încurajează vindecarea – de ex. sub un pansament; dar trebuie prevenite macerarea şi celulita prin schimbarea frecventă a pansamentelor (de ex. la 12-24 h). Pansamentele permeabile care permit evaporarea pot fi schimbate mai rar. Exsudatul de la suprafaţa ulcerului ajută vindecarea. Contaminarea bacteriană este frecventă, dar nu afectează vindecarea decât dacă organismul este *Pseudomonas aeruginosa*. Există puţine dovezi privind utilitatea încorporării antisepticelor în pansamente, iar antisepticele cu hipoclorit pot fi chiar nocive. Debridarea la schimbarea pansamentului trebuie făcută cu grijă pentru a nu leza epiteliul nou format.

Pansamente. Pansamentele absorbante simple (de ex. pansamente nonaderente "NA"; Melolin$^{®}$ se aplică cu partea strălucitoare în jos şi reprezintă principalul mijloc de tratament).

- Pansamente semipermeabile (de ex. Op Site$^{®}$) sunt pansamente de poliuretan, cu o căptuşeală care aderă la pielea adiacentă normală. Ele sunt permeabile pentru gaze dar nu pentru bacterii – iar exsudatul se acumulează dedesubtul lor.
- Pansamente ocluzive semipermeabile cu agenţi medicamentoşi încorporaţi (de ex. Calaband$^{®}$, Viscopaste PB7$^{®}$). Conţin antiseptice şi se utilizează în asociere cu ciorapii elastici de suport progresiv.
- Agenţi debridanţi – de ex. Dextranomer (Debrisan$^{®}$). După curăţare, se pune un tifon pe ulceraţie şi se acoperă cu un strat de dextranomer, după care se aplică un pansament secundar. Se schimbă înainte ca dex-

tranomerul să se satureze. Dextranomerul elimină bacteriile şi exsudatul prin capilaritate. În studii controlate, s-a constatat că acest tratament este mai eficace decât altele.

- Pansamente de tul impregnate cu parafină (Jelonet®) sau cu antiseptic (Bactigras®). Acestea asigură un mediu umed şi non-aderent, dar nimic în plus. Necesită schimbare frecventă.

Grefe cutanate în pastilă: După anestezie locală, sunt extirpate de pe partea anterioară a coapsei bucăţele de piele (cu diametrul de 0,2-0,5 cm) cu ajutorul unui ac de seringă şi apoi decupate cu bisturiul. Acestea sunt apoi transferate pe ulceraţie şi acoperite cu pansamente NA.

Ciorapii elastici de suport progresiv

În Marea Britanie, ciorapii elastici sunt acum prescrişi nu în funcţie de tipul de fibră, ci în funcţie de performanţe. Acestea se încadrează în una din următoarele 3 clase. Scopul în viitor este de a face ciorapii elastici mai eficienţi, mai uşor de folosit şi mai acceptabili (cu culori şi modele moderne).

Clasa I (denumire veche: ciorap elastic uşor).

Compresie la gleznă: 14-17 mmHg; la jumătatea moletului: <80% din valoarea în molet; la coapsă: <85% din molet. Aceasta arată că, compresia este gradată. Sunt utilizaţi în insuficienţa venoasă, scopul lor este compresia sistemului venos superficial, forţând astfel sângele să intre din nou în sistemul venos profund.

Indicaţii: varice în primele stadii; varice de sarcină.

Modele: lungime până la şold T; sub genunchi K; fără degete O – astfel încât lungimea piciorului contează mai puţin – sau cu degete C. Nu există model fără călcâi.

Exemple de culori: Brun: TKCDuomed®; gri, bej sau negru: TKC Lastosheer Class I Stocking®.

Clasa II (gleznă 18-24 mmHg; molet <70% gleznă; coapsă <70% molet).

Indicaţii: varice de gravitate medie; tratamentul ulcerului de gambă; edeme uşoare; varice de sarcină.

Modele: lungime până la şold T; sub genunchi K , fără degete O sau cu degete C.

Exemple de culori: gri sau bej: TKC Lastosheer Class II Stocking®.

Clasa III (gleznă 25-35 mmHg; molet <70% gleznă, coapsă <70% molet).

Indicaţii: varice grave; insuficienţă veoasă posttrombotică; varice severe; tratamentul ulcerului de gambă.

Modele: lungime până la şold; sub genunchi; fără degete – O – astfel încât lungimea piciorului contează mai puţin, sau cu degete C. Cu călcâi sau fără*.

Exemple de culori: Brun O Duomed®; bej: CEesilite®. Pot avea lungime până la şold sau până la genunchi.

Măsurători. Se măsoară cea mai subţire parte a gleznei, cea mai groasă parte a moletului, şi circumferinţa medie a coapsei (cm). 80% dintre pacienţi se vor încadra în una din mărimile standard (vezi tabelul de mai jos).

Mărimea (cm) a unei mărci reprezentative de ciorapi (Duomed®; Mediuk).

Gleznă, Molet, Coapsă
Mică
19-21, 28-34, 42-56
Medie
22-24, 32-38, 48-62
Mare
25-27, 36-42, 54-68
Foarte mare
28-30, 40-46, 60-74

Ciorapii de comandă sunt disponibili în toate 3 clasele (şi sunt singurul mod de a prescrie ciorapi de clasa I sau clasa II fără călcâi).

Prescriere. Medicul specifică lungimea şi numărul de ciorapi (nu de perechi), şi clasa. Alte variabile pot fi lăsate la alegerea pacientului. Măsurătorile le poate face farmacistul.

Probleme. Punerea ciorapului poate fi dificilă. Utilizarea unor mănuşi de cauciuc uşurează procesul, ca şi punerea mai întâi a unui ciorap de nylon. Spălarea ciorapilor de 2 ori pe săptămână (cu apă caldă, nu fierbinte) le prelungeşte viaţa. Nu se storc!

► Ischemia periferică este o contraindicaţie pentru utilizarea ciorapilor elastici.

Erupţii fotosensibile

Fotosensibilitatea se poate datora luminii vizibile, sau razelor UVA (320-400 nm, reprezentând 90% din razele ultraviolete solare) sau UVB (de energie mai mare, deci mai nocive, 290-320 nm). UVC (200-290 nm) sunt filtrate de stratul de ozon. Preparatelor tip ecran solar li se atribuie un factor (Sun Protection Factor, SPF) legat de UVB (care sunt de 1000 ori mai puternice ca UVA în ceea ce priveşte cauza arsurii solare).[1] Pielea protejată de un ecran cu SPF 10 trebuie teoretic să suporte o intensitate dată de UVB un timp de 10 ori mai lung decât aceeaşi piele fără protecţie – înainte de a se arde. Pentru a bloca eficient UVA, este necesară utilizarea unor compuşi anorganici reflectorizanţi ca oxidul de zinc sau dioxidul de titan – iar aceştia pot fi utili şi în prevenirea senescenţei cutanate premature, şi a unor cancere cutanate (chiar "micronizate", aceste preparate lasă o peliculă albă vizibilă pe piele). Protecţia faţă de UVA nu este cuantificată în valoare absolută pe preparatele ecran solar. Se mai poate folosi un sistem de notare cu steluţe. 4 steluţe arată că ecranul asigură protecţie egală faţă de UVB şi UVA, 1 steluţă arată că ecranul protejează predominant faţă de UVB.

Alte efecte ale ultravioletelor: melanom, şi senescenţă cutanată.

Dermatoze predominant UVA. Erupţie polimorfă la lumină (mai jos), fotosensibilizare medicamentoasă, porfirii cutanate.

Fotodermatoze predominant UVB. Dermatită actinică cronică, lupus eritematos sistemic, xerodermatită, vitiligo, albinism, herpes labial.

Erupţia polimorfă la lumină. *Prevalenţă:* 20% în climatele temperate. *Prezentare:* tipică la o femeie tânără primăvara şi vara, ca "puncte roşii de căldură" (ceea ce nu este de fapt). Apar papule, vezicule sau plăci eritematoase, pruriginoase – după o expunere la soare de câteva minute sau ore. Sticla de geam poate să nu ofere protecţie. Nu este necesar să fie afectate toate zonele expuse. Faţa, de exemplu, poate fi cruţată. Erupţia se atenuează de obicei în 48 h, dar poate persista o săptămână. La majoritatea indivizilor se datorează sensibilităţii la UVA.

Tratament şi prevenire: Utilizarea regulată a unui ecran solar faţă de UVA, de ex. Uvistat Ultrabock® este la fel de eficace şi consumă la fel de mult timp ca şi "întărirea pielii" în spital cu ajutorul PUVA.

Fotosensibilizarea indusă medicamentos. În faţa oricărui caz de fotosensibilizare, întrebaţi ce medicamente ia pacientul. Pot fi implicate tiazidele, tetraciclinele, fenotiazinele, AINS, acidul nalidixic şi clorpropamida. UVA sunt de obicei cauza.

Arsura solară. Există 4 tipuri de piele vis-à-vis de pielea de bronzaj: **I.** Se arde totdeauna, nu se bronzează niciodată. **II.** Se arde repede, se bronzează uneori. **III.** Se bronzează uşor, se arde rar. **IV.** Se bronzează totdeauna, nu se arde niciodată. Tipurile I şi II trebuie sfătuite să utilizeze un ecran solar cu SPF 15 sau mai mare.

Tratament: Emoliente apoase; aspirina 600 mg/6 h PO după mese limitează eritemul (şi uşurează durerea) – ca şi un corticoid topic de potenţă moderată (de ex. clobetazon butirat, cremă) de ex. timp de 3 zile. ▶ Educaţie privind prevenirea.

Prevenire: tricou, pălărie, cremă (p. 660 – crema Uvistat Ultrablock® are un SPF de 30 şi este rezistentă la apă). Cei cu piele de tip III pot utiliza ecrane cu SPF 10. Descurajaţi plaja prelungită pentru că razele ultraviolete pot fi imunosupresoare; de asemenea, dacă se utilizează un ecran anti-UVB, pielea nu se va arde şi nu va avertiza împotriva expunerii excesive la UVA.

---

1 R Ratnavel 1993 *Prescriber's J* 33 63

Infestări parazitare

Scabia *(Sarcoptes scabei).* Acest parazit este un arahnid (are deci 8 picioare). Numai femelele dau şanţul cutanat caracteristic pruriginos. Dimensiunile lor sunt aprox. 3x4 mm şi sapă şanţul cu aprox. 2 mm/zi (formele larvare se adăpostesc doar în piele; nu formează şanţuri). Ouăle lăsate în urmă se maturizează în 4 zile. Contaminarea este frecventă în familii (unde rata de atac secundar este 38%). Cei <45 ani sunt cei mai susceptibili. *Prezentarea:* un rash papulos (de ex. pe abdomen sau partea medială a coapsei) şi pruritul nocturn sunt simptomele principale. *Perioada de incubaţie:* aprox. 6 săptămâni (timp în care apare sensibilizarea la fecalele şi/sau saliva parazitului). Spaţiile interdigital şi încheietura pumnului (suprafaţă de flexie) sunt zone de elecţie pentru şanţuri (văzute în ≥ 85%). Leziunile de pe penis au aspectul unor noduli eritematoşi. Şanţurile nu sunt liniare şi au o lungime de 3-15 mm. Sunt mai curând palpate decât văzute.[1]

Diagnosticul scabiei: Încercarea de a scoate un parazit din şanţ cu un ac pentru examenul microscopic (×10) eşuează deseori –dar dacă se pune o picătură de ulei pe leziune, câteva zgârieturi ferme cu bisturiul vor furniza fecale şi ouă recognoscibile la microscop.

Diagnostic diferenţial: Orice dermatoză pruriginoasă (p. 578).

Tratament:[2] ▶Se tratează toţi membrii familiei. Se dau instrucţiuni scrise:

- Se face o baie caldă şi se săpuneşte tot corpul.
- Se perie degetele şi unghiile cu o perie tare. Se usucă corpul.
- Se aplică malation 0,5% lichid (Derbac-M®), sau, la gravide sau <6 luni, monosulfiram 25% în alcool metilic (diluat 1 parte lichid şi 3 părţi apă), de la gât în jos (inclusiv capul la cei <2 ani). Se badijonează *toate* zonele, inclusiv tălpile.
- Se spală după 24 ore. Dacă se spală mâinile înainte de trecerea celor 24 ore, se reaplică lichidul pe părţile spălate.
- Se folosesc aşternuturi curate, dacă este posibil.
- Tratamentul poate agrava pruritul timp de 2 săptămâni – aşa încât se aplică loţiune de calamină.
- Atenţie: se evită ochii.

Alte tratamente includ loţiune de lindan, sau cremă dermică cu permethrin. CI: sugari <6 luni; sarcină.

Pediculoza capului *(Pediculosis humanus capitis).* Aceşti păduchi hematofagi au aprox. 3 mm lungime şi se ataşează la baza firelor de păr. Lindinele (care conţin ouă) sunt strâns lipite de firele de păr. Au o lungime de aprox. 1-2 mm; nimfa rezultată este capabilă de reproducere (de ex. 8 ouă/noapte) în aprox. 10 zile. Contaminarea se face prin contact capilar. Infecţia secundară poate provoca impetigo sau furunculoză.

Tratament: Soluţie de malation (0,5% în alcool): se freacă pe părul uscat, se pieaptănă, se lasă să se usuce; se spală după 12h. Poate să nu dea rezultate, şi din experienţă personală preferăm o aplicaţie de 10 minute de permethrin 1% (Lyclear®).

Păduchii laţi *(Pthiriasis pubis).* Pot fi afectate genele, sprâncenele, părul axilar şi pubian. Transmiterea poate fi sexuală.

Tratament: soluţie de malathion 0,5% aplicată timp de 12h în *toate* zonele păroase; se repetă după 7 zile pentru a omorî păduchii ieşiţi din eventualele ouă supravieţuitoare.

Muşcături de insecte *(Pulicidae* – vector al ciumei – vezi MMC, p. 224, tifosului – MMC, p. 236, febrei Q – MMC, p. 236), viermilor laţi (MMC p. 248) şi listeriozei (MMC, p. 222). Animalul (de ex. câine sau pisică) care transmite insecta poate să nu se scarpine. *Tratament:* Soluţie apoasă de malathion.

---

1 A Radford in *OTM* 1987, OUP 2 Advice from the dermatology department, Musgrove Park Hospital

Afecţiuni în care sunt implicate mastocitele

Mastocitoza (urticaria pigmentară). Apar prea multe mastocite în piele, de ex. în cuiburi numeroase sau ca un mastocitom unic. Acestea eliberează histamină, leucotriene şi heparină (care pot avea efecte sistemice) şi proteaze (cu efect local).

Prezentare: la sugari şi alţi pacienţi pot apărea vezicule sau papule pigmentate, care devin mult mai evidente după grataj (sau după o baie, sau efort fizic). La pacienţii mai vârstnici, poate apărea eritem sau prurit. Infiltraţia sistemică cu mastocite poate provoca:

- Splenomegalie
- Trombocitopenie
- Tulburări de hemostază
- Osteoporoză
- Osteoscleroză
- Colici
- Diaree
- Insuficienţă cardiacă dreaptă
- Hipertensiune pulmonară
- Mastocitoză leucemică

Explorări: histamina urinară poate fi crescută (examen util la pacienţii care nu au leziuni cutanate).

Tratament: este dificil. Antagoniştii H1 şi H2 pot fi utili. Leziunile cutanate unice pot fi excizate. Cromoglicatul disodic poate ameliora starea unor pacienţi cu simptome sistemice.[1]

---

[1] OTM 1987 OUP, 2ed, page 20 87.

9. Ortopedie şi traumatologie

Traducere de Dr. **DANA MIHAI**

Ortopedie

Esenţa examenului ortopedic 684
Gâtul 686-88
(inclusiv compresia medulară)
Umărul 690-92
Cotul 694
Articulaţia pumnului şi mâna 696
Examinarea spatelui 698
Scolioza şi cifoza 700
Durerea de coloană: lombară: - cauze 702
- tratament 704
Durerea de coloană de cauză gravă 706
Şoldul 708-12
Genunchiul 714-18
Piciorul 720-22
Osteomielita 724
Tumori osoase 726
Afecţiuni congenitale ale osului 728
Osteocondrita 730
Afecţiuni asemănătoare cu osteocondrita 732
Protezări articulare 734
Infiltrarea şi aspiraţia articulaţiilor 736-38
Tendoanele 740
Sindroame de compresie nervoasă (inclusiv tunelul carpian) 742
Leziunile ţesuturilor moi 744
Testarea nervilor periferici 746

Reumatologie

Articulaţii calde, tumefiate 750
Artroza 752
Artrita reumatoidă 754-56
Artropatiile seronegative 758
Artrita reactivă 760
Fibromialgia (fibrozita) 760
Afecţiuni metabolice ale osului 762

Traumatologie

Reducerea durerii în A&E 764
Copiii în A&E 764
Plăgi împuşcate şi alte leziuni penetrante 765

Scala de comă Glasgow 768
Înecul 770
▶▶Leziuni majore - resuscitare 772
Sutura plăgilor 774
    Prevenirea tetanosului 774
▶▶Arsuri 776
Inhalarea de fum 778
Fracturi: – Reducere, tracţiune & complicaţii 780-84
Algodistrofia 786
Traumatismele umărului şi braţului 788
Fracturile cotului şi antebraţului 790
Fracturi şi dizlocări ale pumnului 792
Leziunile mâinii 794
Fracturile mâinii 796
Fracturile pelvisului 798

Leziuni ale:

  şoldului şi femurului 800
  gambei 802
  gleznei şi piciorului 804

Traumatisme

  ▶▶ craniene 806
  ▶▶ ale feţei şi gâtului 808
  ▶▶ abdomenului 810
Lavajul peritoneal diagnostic 812
Leziuni ale nervilor şi arterelor 814
Dermatoame 816-17
Leziunile plexului brahial 818
▶▶ Traumatismele coloanei vertebrale 820-26
Are nevoie de radiografie ? 828
Muşcături, înţepături & corpi străini 830
Proceduri minore frecvente 832

Pagini importante în alte capitole. Orice afecţiune medicală sau chirurgicală, de la abdomenul acut la zona zoster, se poate prezenta mai întâi la urgenţă. Deci aproape toate paginile din această carte şi din volumul - soră, Oxford Handbook of Clinical Medicine (Manual de Medicină Clinică), sunt importante pentru medicul de la urgenţă. →Vezi Asistenţa pre-spitalicească (p. 884-912); Radiologie (MMC, p. 770-95).

Notă: pentru intoxicaţii la copii, vezi p. 350; (adulţi, MMC, p. 714-20).

▶În acest capitol sunt descrise multe tratamente detaliate, şi nu este de aşteptat ca un medic de urgenţe, neexperimentat, să le încerce altfel decât sub supraveghere adecvată. Importanţa faptului de a cere rapid asistenţă specializată (fie imediat, dacă este cazul, chemând pacientul a doua zi la clinică) nu poate fi subliniată îndeajuns.

Esenţa examenului ortopedic

Priveşte, compară, măsoară, palpează, mişcă şi? radiografiază.

Semnul de întrebare este important; iradierea *este* un pericol (vezi p. 828).

Două definiţii

Deformare în valgus:

Partea membrului distal de deformare este angulată *în afara* liniei mediane.

Deformare în varus:

Partea membrului distal de deformare este angulată *înspre* linia mediană.

Descrierea fracturilor[1]

• Lungime. • Angulare. • Rotaţie. • Deplasare. • Grad de cominuţie (fragmentare osoasă). • Închisă sau deschisă (comunică sau nu cu mediul înconjurător, sau cu lumenul unei alte structuri).

---

[1] S Kozin 1992 *Handbook of Common Orthopaedic Fractures*, Medical Surveillance Inc, USA

Gâtul

Examinare ►► După un traumatism, gâtul trebuie imobilizat, de ex. cu guler rigid, saci de nisip şi o bandă, până la obţinerea unei radiografii laterale a coloanei cervicale (dacă bolnavul este foarte agitat, se foloseşte numai un guler rigid, pentru că altfel gâtul este vulnerabil când trunchiul se mişcă pe un cap imobilizat).

Se notează poziţia gâtului şi orice sensibilitate osoasă. Spectrul de mişcări: flexie; extensie (mai ales articulaţia occipito – atlantoidiană); rotaţie (mai ales articulaţia atlanto – axială); flexie laterală (întreaga coloană cervicală). Rotaţia este mişcarea cea mai frecvent afectată. Se examinează braţele pentru slăbiciune, care poate semnifica leziuni radiculare (abducţia umărului C5; flexia cotului C5, 6; extensia cotului C6, 7; extensia mâinii C6, 7; flexia mâinii C7, 8; adducţia şi abducţia forţată a degetelor T1). Se examinează reflexele; biceps C5, 6; supinator C5, 6; triceps C7. Dermatoamele sunt ilustrate la pag. 665. Dacă se suspectează o compresie medulară, se examinează membrele inferioare pentru semne ale acesteia (vezi p. 688) de ex. Babinski, hiperreflexie.

Torticolis spasmodic. Debutul brusc al unui gât rigid şi dureros cu torticolis poate surveni la adulţi datorită spasmului muşchilor trapezi şi sternocleidomastoidieni. *Tratament:* afecţiunea este autolimitată, dar căldura, elongaţiile, purtarea unui guler, miorelaxantele şi analgezicele pot uşura vindecarea.

Torticolis infantil. Considerat a fi rezultatul lezării sternocleidomastoidianului la naştere, copiii afectaţi prezintă (între 6 luni şi 3 ani) cu capul aplecat pe o parte (urechea mai aproape de umăr). Pe partea afectată creşterea facială este întârziată, de unde şi o asimetrie facială. Precoce apare şi o îngroşare pseudotumorală a muşchiului. *Tratament:* Dacă persistă, fizioterapia de alungire a muşchiului poate fi utilă. Tratamentul tardiv necesită secţionarea muşchiului la capătul său inferior.

Coasta cervicală. Dezvoltarea congenitală a procesului costal al vertebrei C7 este deseori asimptomatică, dar poate cauza un sindrom de apertură toracică. Simptome similare, fără anomalii demonstrabile, radiologic, poartă numele de sindrom al scalenilor sau sindrom al primei coaste. Compresia aperturii toracice afectează trunchiul inferior al plexului brahial (p. 818) şi artera subclavie. Durerea sau paresteziile pot fi simţite în mână sau antebraţ (deseori pe partea ulnară), pot apărea slăbiciune şi atrofie a mâinii (tenară sau hipotenară). *Diagnostic.* Pulsurile radiale pot fi slabe, iar antebraţul cianozat. Radiografiile pot să nu evidenţieze coaste cervicale, întrucât simptomele pot fi cauzate de benzi fibroase. Arteriografia va arăta compresia subclaviei. *Tratament:* Fizioterapia pentru a întări ridicătorii umărului poate ameliora simptomele, dar pot fi necesare extirparea coastei sau secţionarea benzilor.

Hernia de disc cervicală. Cele mai afectate discuri sunt C5, 6 şi C6, 7. Protruziile centrale pot da simptome de compresie medulară (p. 688 – trimite la neurochirurg). Protruziile posterolaterale pot cauza o rigiditate a gâtului, cu dureri iradiind în braţ, slăbiciune a muşchilor deserviţi de rădăcina nervoasă, şi diminuare a reflexelor. *Explorări:* radiografiile pot arăta îngustarea discului; la fel TC sau MRI. *Tratamentul* se face cu AINS, şi un guler. Pe măsura ameliorării durerii, fizioterapia poate fi utilă în redarea mobilităţii. Intervenţia chirurgicală poate fi indicată, în lumina rezultatelor CT şi MRI.

Coloana cervicală

În cazul unui traumatism major, prima radiografie ce trebuie efectuată după resuscitare este o transversală laterală a coloanei cervicale. Toate cele şapte vertebre cervicale trebuie vizualizate, împreună cu joncţiunea C7-T1; nu accepta o radiografie incompletă – încearcă tracţiunea pe braţe, sau incidenţa înotătorului. Uneori subluxaţiile nu se evidenţiază fără incidenţe în flexie şi extensie (efectuate numai cu sfatul unui coleg specialist).

► Dacă se suspectează o leziune a coloanei cervicale, gâtul trebuie imobilizat până la excluderea acesteia.

► Un aparat transversal portabil, în cele mai bune mâini, trece cu vederea peste 15% din leziuni.

La examinarea filmului, urmăreşte 4 paşi simpli:

- *Aliniament:* Al corpului vertebral anterior şi posterior, al canalului spinal posterior şi al proceselor spinoase. O deplasare de < 25% a unui corp vertebral implică dizlocarea unei faţete; dacă este > 50%, dizlocarea afectează 2 faţete. 40% din cele < 7 ani au deplasare anterioară a lui C2 pe C3 (pseudosubluxaţie); încă prezentă în 20% până la 16 ani. 15% prezintă acest semn la nivelul C3 pe C4. În această subluxaţie fiziologică, linia spinală posterioară este menţinută. Angulaţia >10% între vertebre este anormală.
- *Contur osos:* Se trasează individual în jurul fiecărei vertebre. Caută fracturile prin avulsie ale corpului sau procesului spinos. O fractură marginală este prezentă dacă înălţimea anterioară diferă de cea posterioară cu > 3 mm. Verifică odontoida (incidenţă cu gura deschisă dar poate fi văzută şi în incidenţa laterală); nu confunda spaţiul vertical dintre incisivi cu o fractură!

  – epifizele la copii pot fi luate drept fracturi; distanţa dintre odontoidă şi arcul anterior al C1 trebuie să fie < 3 mm (poate fi mai mare la copii). Fracturile de tip 1 sunt ale proeminenţei odontoide, cele de tip 2 ale bazei, şi cele de tip 3 se extind în corpul C2.
- *Cartilaje:* Verifică dacă marginile spaţiului discului intervertebral sunt paralele.
- *Ţesuturi moi:* Dacă spaţiul dintre marginea anteroinferioară a C3 şi umbra faringiană este > 5 mm, suspectează un edem retrofaringian (hemoragie, abces) – acesta este deseori un util semn indirect de fractură a C2. Spaţiul dintre vertebrele cervicale inferioare şi trahee trebuie să fie < 1 corp vertebral.

Gâtul şi compresia medulară

Spondiloza cervicală (vezi MMC, p. 468)

Spondilolistezis cervical

Reprezintă deplasarea spontană a unei vertebre pe cea de dedesubt.

Cauze: 1. Lipsa congenitală de fuziune a procesului odontoid cu axisul sau fractura procesului odontoid (craniul, atlasul şi procesul odontoid alunecă anterior pe axis); *2.* Leziunile inflamatorii ale ligamentului transvers al atlasului (de ex. reumatice sau complicaţii ale afecţiunilor faringiene); atlasul alunecă anterior pe axis; *3.* Instabilitate posttraumatică. Cea mai importantă consecinţă a spondilolistezis-ului este posibilitatea compresiei medulare. Tratamentele utilizate cuprind tracţiunea, imobilizarea în jachetă ghipsată şi fuziunea spinală.

Compresia medulară

Presiunea asupra măduvei poate fi datorată deplasării sau colapsului osos, herniei de disc, unei tumori sau abces local. Durerea radiculară (p. 698) şi semnele de neuron motor inferior şi modificări senzitive sub leziune (paralizie spastică, exagerarea reflexelor, Babinski pozitiv, pierderea simţului coordonării, sensibilităţii proprioceptive, vibratorii, termice şi dureroase). Anatomia măduvei spinării face ca sensibilităţile din coloanele dorsale (tactilă epicritică, vibratorie, proprioceptivă) sunt afectate pe aceeaşi parte cu leziunea, dar întreruperea fasciculului spinotalamic afectează sensibilitatea termică şi dureroasă de partea opusă a corpului, cu 2-3 dermatoame mai jos decât afectarea senzitivă. Deoarece măduva spinării se termină la L1, compresia la acest nivel vertebral afectează informaţii medulare care se referă la un dermatom inferior. Pentru a determina nivelul afectat de leziunea unei anumite vertebre, se adună un număr la cel al vertebrei în cauză, astfel: C2-7: *+1*. T1-6: *+2*, T7-9: *+3*. T10 are nivelele L1 şi L2 în spate; T11 are L3 şi L4; L1 are segmentele sacrale şi coccigiene.

Leziunile lombare inferioare pot produce compresia cozii de cal caracterizată prin dureri musculare, modificări senzitive în dermatoamele afectate (dacă sunt afectate ultimele dermatoame sacrate, apare o anestezie la nivelul organelor genitale), şi retenţie de urină şi fecale.

►Aceste semne necesită trimiterea urgentă la neurochirurg.

Umărul

Examinare. Pentru a evalua mişcările în articulaţia glenohumerală, fixează jumătatea inferioară a scapulei pentru a estima gradul de rotaţie al scapulei pe torace. Jumătate din abducţia normală aste efectuată de mişcările scapulei. *Abducţia* este testată prin ridicarea braţelor din lateral deasupra capului; *flexia* prin ridicarea braţelor înainte şi în sus, *extensia* prin mişcarea posterioară a coatelor, *rotaţia externă* prin fixarea coatelor în flexie şi 90° faţă de trunchi şi mişcarea antebraţelor spre exterior (normal 80°); şi *rotaţia internă* prin plasarea dosului mâinii pe coloana lombară şi mişcarea coatelor înainte (un test mai uşor este de a evalua cât de departe poate ajunge pacientul cu mâna în spate – "imaginaţi-vă că vă încheiaţi la sutien în spate").

Muşchii utilizaţi în mişcare la articulaţia umărului

- Flexie (mişcare înainte); pectoralul mare, deltoid, coracobrahial.
- Extensie: deltoid (latissimus dorsi, pectoralul mare şi rotundul mare, încep extensia dacă umărul pleacă din poziţie flectată).
- Abducţie: supraspinos (primele 15°); apoi deltoid.
- Adducţie: pec. mare, latissimus dorsi, rotundul mare, subscapular.
- Rotaţie medială: pectoralul mare, deltoid, latissimus dorsi, rotundul mare, subscapular.
- Rotaţie laterală: deltoid, rotund mic, infraspinos.

NB: Cei mai importanţi în rotaţie sunt muşchii maseter, rotatori: subscapularul, rotundul mic, infraspinosul (şi supraspinosul face parte din coiful rotatorilor).

Mişcarea scapulei pe peretele toracic

- Elevaţia (ridicarea din umeri) levator scapulae, trapezul.
- Depresie: serratus anterior, pectoralul mic.
- Mişcare înainte (de ex. lovitură de pumn); serratus anterior, pectoralul mare.
- Retracţie (umerii înapoi); trapezul, romboizii.

NB: Serratus anterior previne "fluturarea" scapulei când se aplică o presiune pe mâna întinsă.

Dizlocarea recurentă a umărului. (Pentru dizlocarea iniţială, vezi p. 788). Există 2 tipuri: *Atraumatică* (5%). Pacientul este deseori un adolescent fără istoric de traumatism, şi poate avea o laxitate articulară generală. Ţine minte BRAT: *b*ilaterală; se tratează prin *r*eabilitare; *a*traumatică; dizlocare în *t*oate direcţiile.

Traumatică: Dizlocarea este de obicei anterioară (uneori inferioară, rareori posterioară) şi este secundară unui traumatism - care poate fi uşor. Ţine minte BUST: leziune *B*ankart (vezi mai jos); *u*nidirecţională; tratament chirurgical (*s*urgical); *t*raumatică.

Abducţia şi rotaţia laterală a braţului (de ex. la îmbrăcarea unei haine) pot cauza dizlocarea. Capsula este ataşată de colul scapulei dar detaşată de labrul glenoidian (leziunea Bankart). Poate apărea un "dinte" postero-lateral în capul humeral (văzut pe radiografie cu braţul rotat medial). Tratamentul este cura Bankart (se coase capsula înapoi pe glenoidă) sau operaţia Putti-Platt prin care tendonul subscapularului este tăiat (scurtat). În cazul dizlocării recurente posterioare, mai rare, capsula este ruptă din spatele colului scapulei, dintele humeral este superomedial, iar dizlocarea este cauzată de abducţie şi rotaţie medială (de ex. convulsii).

Tratament: scurtarea tendonului infraspinosului. Există şi subluxaţie recurentă (dezabilitantă şi dificil de tratat).

Umărul dureros

Aminteşte-ţi că gâtul poate iradia durerea prin C5 în regiunea deltoidiană şi prin C6, C7 şi C8 la marginea superioară a scapulei. Iradierea diafragmatică prin C3 poate cauza durere în vârful umărului.

Rupturile coifului rotatorilor. Rupturile tendonului supraspinosului (sau subscapularului şi infraspinosului adiacenţi) pot fi datorate leziunilor degenerative sau, mai rar, unui traumatism brusc (de ex. o cădere). Rupturile parţiale cauzează un arc dureros (vezi mai jos); rupturile complete limitează abducţia umărului la cele 45-60° asigurate de rotaţia scapulei. Dacă braţul este abdus pasiv mai mult de 90°, se instalează contribuţia deltoidului la abducţie, care devine posibilă din acest punct. Sunt prezente toate mişcările pasive. Durerile sunt simţite la vârful umărului şi în braţul superior; apare durere la palparea sub acromion. *Explorări:* echografia, MRI, sau artrografia arată comunicarea între capsula articulară şi bursa subacromială. *Tratament:* reparaţia tendonului poate fi eficace, mai ales dacă este făcută precoce.

Sindromul arcului dureros. Reprezintă durere la abducţia între 45° şi 160°. Cauze ale durerii la abducţie:

1. Tendinita supraspinosului sau ruptura parţială a tendonului supraspinosului dau durere reprodusă la presiunea asupra braţului parţial abdus. Vârsta tipică: 35-60 ani. Numai o parte au arc dureros (alţii au dureri progresive intensificate până la abducţia completă), motiv pentru care termenul de *sindrom de lovire* devine din ce în ce mai acceptat.[1] *Tratament:* fizioterapie cu mişcări active ale umărului; AINS, de ex. naproxen 250 mg/8 h po pc; injecţii cu corticoizi în bursa subacromială, de ex. triamcinolon acetonic 40 mg cu anestezie locală; acromioplastie artroscopică.

2. Tendinita calcifiantă: Vârsta tipică: 25-55 ani. Există o inflamaţie acută a supraspinosului. Durerea este maximă în timpul fazei de resorbţie. *Tratament:* fizioterapie; AINS; injecţii cu corticoizi. Rareori, poate fi necesară intervenţia chirurgicală pentru a înlătura calciul.

3. Artroza articulaţiei acromioclaviculare (artroza AC). Este frecventă. *Tratament:* injecţiile cu corticoizi sunt deseori utile. Poate fi necesară excizia capătului lateral al claviculei.

Tendinita capului lung al bicepsului. Durerea este simţită în umărul anterior şi este caracteristic agravată de contracţia forţată a bicepsului. *Tratament:* anti-inflamatorii. Injectarea de hidrocortizon în tendon poate ameliora simptomele dar se riscă ruptura tendonului.

Tehnică: p. 738.

Ruptura capului lung al bicepsului. Apare un disconfort după ce "s-a rupt ceva" la ridicarea sau împingerea unei greutăţi. Apare o "minge" de muşchi la flexia cotului. *Tratament:* Reparaţia este rareori indicată, întrucât funcţionalitatea este păstrată.

Umărul îngheţat. Poate urma unui traumatism modest, la vârstnici. Durerea poate fi severă. Mişcările active şi pasive sunt reduse. Abducţia la 90° nu este posibilă.

Tratament: AINS; injecţii intraarticulare cu corticoizi, fizioterapie pentru încurajarea mişcării şi manipulării, toate pot fi folosite. Vindecarea poate dura 2-3 ani. Se poate asocia cu spondiloză cervicală, având ca rezultat o restricţie mai globală a mişcării.

Artroza umărului. Nu este la fel de frecventă ca gonartroza sau coxartroza. Procente ridicate de vindecări se pot obţine prin protezarea articulară.

---

[1] JI Brox 1993 *BMJ* ii 899

Cotul

Flexia şi extensia normale la cot au loc între 0°-150°. Cu cotul flectat, trebuie să fie posibilă supinaţia şi rotaţia de 90°. Durerea simţită la cot şi pe suprafaţa externă medie a braţului poate iradia de la umăr.

Etimologie. Un ell este distanţa de la umăr la articulaţia pumnului (sau la vârful degetelor), iar cotul (elbow) (alino [ulna /ell = în teutona veche înseamnă "braţ"[- bogon] termenul teuton vechi pentru "a se îndoi")] este strict partea externă a articulaţiei dintre braţ şi antebraţ, aici însă folosim termenul pentru a denumi întreaga articulaţie.

Cotul jucătorului de tenis. Apare o inflamaţie la nivelul inserţiei tendonului extensorului comun pe epicondilul lateral al humerusului (epicondilită laterală) ± ruptura fibrelor aponevrotice. Acestea sunt de obicei produse prin întindere.

Prezentare: Durerea este maximă la întinderea maximă a tendonului (flexia pumnului şi degetelor cu mâna în pronaţie). Durerea se simte în faţa condilului lateral. Cere pacientului să facă o extensie a pumnului, apoi trage de mână pentru a provoca durerea. *Explorări:* nu există semne radiologice.

Tratament. Durerea diminuă în timp în multe cazuri, dar injecţiile în originea tendonului (p. 738) ameliorează durerea mai rapid. Dacă acestea nu au efect, poate fi utilă fizioterapia, sau o centură epicondiliană; în cazul unei invalidităţi severe, poate fi asigurată o ameliorare printr-o intervenţie chirurgicală de dezlipire a originii tendonului extensorului comun de pe os şi apoi lăsarea acestuia să cadă înapoi la loc.

Cotul jucătorului de golf. Este o epicondilită humerală medială. Este mai puţin frecvent decât cotul jucătorului de tenis. Pot fi utile injecţiile cu corticoizi, dar atenţie la nervul ulnar; artera brahială este de asemenea în apropiere.

Cotul studentului. Este o bursită traumatică apărută în urma presiunii pe coate, de ex. în timpul studiului unei cărţi voluminoase. Apar durere şi tumefacţie în spatele olecranului. Alte cauze sunt bursita septică şi guta (caută tofii). Bursa trebuie să fie aspirată (trimite lichidul pentru coloraţie Gram şi microscopie pentru cristale). Bursita traumatică poate fi apoi tratată prin injecţii cu hidrocortizon. Bursita septică are indicaţie formală de drenaj.

Nevrita ulnară. Îngustarea artrozică sau reumatică a şanţului ulnar şi constricţia nervului ulnar la trecerea prin spatele epicondilului medial, sau fricţiunea nervului ulnar datorată cubitus valgus (o posibilă sechelă a unei fracturi supracondiliene din copilărie) poate produce fibroza nervului ulnar şi neuropatie ulnară. *Prezentare:* Pacienţii pot acuza lipsă de îndemânare manuală. Sensibilitatea este redusă la nivelul degetului mic şi jumătăţii mediale a inelarului. Apare slăbiciunea muşchilor mici ai mâinii inervaţi de nervul ulnar (adductorul policelui, interosoşii, abductorul degetului mic şi opozantul degetului mic).

Explorări. Testele de conducere nervoasă vor confirma sediul leziunii.

Tratament. Eliberarea chirurgicală a nervului şi poziţionarea sa într-un nou canal la nivelul cotului anterior.

Diformităţi. *Cubitus valgus.* Gradul normal de valgus ("unghiul de portaj") la cot este de 10° la 0 şi 15° la 0. Fracturile inferioare de humerus sau interferenţa cu cartilajul de creştere lateral pot produce mărirea acestui unghi. Ca rezultat, pot apare nevrita ulnară şi artroza. Tratament în caz de necesitate. Asociere: sindrom Turner.

Cubitus varus: Apare frecvent după reducerea defectuoasă a fracturilor supracondiliene.

Artroza cotului. Osteita disecantă şi fracturile articulaţiei reprezintă factori de risc. *Teste:* Flexia şi extensia sunt de obicei afectate dar rotaţia este completă. *Tratament:* Operaţia este rareori indicată, dar, dacă există durere în compartimentul lateral, poate fi excizat capul radiusului. Fragmentele osoase pot fi înlăturate dacă generează dureri sau blocarea articulaţiei.

Articulaţia pumnului şi mâna

Contractura Dupuytren. Apare o îngroşare progresivă şi o fibroză a fasciei palmare. *Asocieri:* familială (autosomal dominantă), alcoolism, medicamente anti-epileptice, boala Peyronie a penisului, chisturi falangiene, inelarul şi degetul mic sunt cel mai frecvent afectate. Este de obicei bilaterală şi simetrică. Poate fi afectată şi fascia plantară. Pe măsură ce se instalează îngroşarea, poate apărea flexia articulaţiilor MCF. Dacă sunt afectate şi articulaţiile interfalangiene, se poate ajunge chiar la invaliditate a mâinii. *Tratament:* intervenţia chirurgicală are ca scop înlăturarea fasciei palmare afectate şi astfel stoparea progresiei bolii. Ca regulă generală, dacă pacientul nu-şi poate lipi palma de o suprafaţă plată, este adecvată trimiterea la chirurg. Boala are tendinţă la recidivă. Degetele mici, dacă sunt grav afectate, pot fi amputate.

Ganglioni. Aceste tumefacţii multiloculare apar tipic în jurul articulaţiei pumnului. Ele comunică cu capsulele articulare sau cu tecile tendoanelor. Au aspectul unor proeminenţe netede, care conţin un lichid clar, vâscos. *Tratamentul* nu este necesar decât dacă produc simptome de compresie locală (de ex. comprimă nervul median sau ulnar la articulaţia pumnului, sau nervul popliteu lateral în spatele genunchiului). Presiunea locală le poate dispersa (tradiţional o lovitură cu Biblia familiei) pot fi resorbite prin aspiraţie cu un ac cu lumen larg, sau pot fi excizate chirurgical – dar apar probleme de cicatrice dureroase şi recidive.

Sindromul de Quervain (tenovaginita stenozantă).

Apar dureri la nivelul procesului stiloidian al radiusului şi o îngroşare a tendoanelor abductorului lung al policelui şi extensorului scurt al policelui la trecerea prin această zonă în teaca lor tendinoasă comună şi destul de strâmtă. Durerea este maximă la întinderea acestor tendoane (de ex. ridicarea unui ceainic). Durerea poate fi provocată prin flexia şi adducţia forţată a policelui (semnul lui Finckelstein). Cauza este necunoscută, dar frecvent urmează unor activităţi ce solicită mult aceste tendoane (de ex. storsul hainelor). *Tratament:* mai întâi se, încearcă injecţii cu hidrocortizon în jurul tendoanelor în tecile lor tendinoase. Dacă injecţiile (pag. 738) şi repausul nu reuşesc să aducă ameliorarea, se face decompresia tendoanelor prin decaparea sau tăierea tecilor.

Degetul trăgaci. Constricţia la baza tecilor tendinoase produce îngustarea tendoanelor subiacente. Cel mai frecvent afectate sunt inelarul şi degetul mijlociu, şi policele mai ales la bebeluşi şi copii. Extensia completă a degetului afectat nu poate fi realizată de muşchii mâinii, şi, dacă se ajută cu cealaltă mână, se poate simţi un "clic" în tendonul flexorului pe măsura efectuării extensiei. *Tratament:* Dacă pacientul nu este copil, nu are insuficienţă renală sau diabet zaharat, se pot încerca injecţiile cu corticoizi în teacă (de ex. 1 ml de Dopemedrone® cu lignocaină). Dacă acestea nu au un efect, este indicată trimiterea la chirurg (secţiunea părţii contractate din teaca flexorilor).

Contractura ischemică Volkmann. Este urmarea întreruperii arterei brahiale în apropiere de cot (de ex. după o fractură supracondiliană de humerus, p. 790). Necroza musculară (în special flexorul lung al policelui şi flexorul profund al degetelor) duce la contracţie şi fibroză, care au ca rezultat o deformare în flexie a pumnului şi cotului. Se suspectează dacă un braţ lovit este cianozat, cu puls radial absent, iar extensia pasivă a degetelor este dureroasă (acesta este semnul crucial). *Tratament:* Se elimină fragmentele constrictoare, se încălzesc celelalte membre (promovarea vasodilataţiei). Dacă pulsul nu reapare în jumătate de oră, trebuie explorată artera.

Examinarea spatelui

Anamneză. Cea mai frecventă acuză ortopedică este durerea de spate. Trebuie acordată atenţie naturii durerii, factorilor agravanţi sau care o ameliorează, şi modalitatea debutului. Este important de ştiut dacă micţiunea sau defecaţia sunt afectate (aceasta înseamnă compresie medulară şi clopotul de alarmă trebuie să sune imediat şi puternic, trimitere imediată). În cazul durerilor lombare nu este rară iradierea de-a lungul membrului inferior (sciatică): această durere poate fi însoţită de semne radiculare (vezi mai jos).

Examen fizic. Cu pacienta numai în sutien şi chiloţi se examinează spatele pentru anomalii şi se palpează pentru evaluarea temperaturii cutanate şi a sensibilităţii locale la palpare. Mişcările examinate sunt: *flexia* (întinderea înainte până la atingerea degetelor de la picioare cu genunchii drepţi – observă cât din mişcare se datorează flexiei coloanei şi cât flexiei şoldurilor – în cazul flexiei coloanei, spatele are un contur uşor rotunjit); *extensia* (arcuirea coloanei înapoi); *flexia laterală* (aplecarea laterală cu mişcarea mâinii în josul coapsei de aceeaşi parte) şi *rotaţia* (se menţin picioarele în poziţie fixă, dar se întorc pe rând umerii către fiecare parte). Mişcarea la nivelul articulaţiilor costovertebrale este evaluată prin diferenţa dintre expansiunea toracelui în inspir maxim şi expir (normal: 5 cm). Examinatorul prinde crestele iliace şi le comprimă pentru a mişca articulaţiile sacroiliace, pentru a reproduce eventual durerea.

Notă: la aplecarea completă înainte, deplasarea unei linii desenate de la 10 cm deasupra lui L5 la 5 cm sub L5, cu <5 cm, reprezintă o indicaţie fermă şi cuantificabilă la limitare a mişcărilor.

Se compară între ele membrele inferioare pentru decelarea atrofiei musculare (se măsoară circumferinţa coapsei şi moletului), a slăbiciunii, a pierderii sensibilităţii şi a reflexelor normale (reflexul patelar este mai ales L4, cel ahilian S1, reflexul plantar în flexie).

Ridicarea verticală a membrului inferior. Când un pacient se plânge de sciatică, examinatorul ridică piciorul pacientului (menţinut cu genunchiul întins) de pe pat. Această manevră întinde nervul sciatic şi, acolo unde există o cauză mecanică a sciaticii, produce o durere radiculară (o durere lancinantă caracteristică, distribuită în dermatomul inervat, şi agravată de tuse sau strănut). Se notează unghiul la care poate fi ridicat membrul inferior de pe pat până la apariţia durerii. Dacă < 45°, se spune că semnul Lasegue este pozitiv.

Examinarea altor regiuni. Acestea sunt fosele iliace (importante pe vremea când abcesele tuberculoase ale psoasului erau frecvente), abdomenul, pelvisul şi rectul şi arterele importante. Tumorile care dau cel mai frecvent metastaze osoase sunt cele de: sân, plămân, rinichi, tiroidă şi prostată, astfel încât este utilă examinarea acestora.

Explorări. *Prima linie:* Hb, VSH (dacă este crescut, gândeşte-te la metastaze sau mielom, şi recomandă electroforeza ± măduva osoasă, fosfataza alcalină (crescută în boala Paget şi tumori), calciu. Radiografii: AP, laterale şi oblice (pelvis, coloana lombară) dar notează: doza de radiaţii *nu* este neglijabilă: foloseşte radiaţiile X cu prudenţă.

Linia a doua: Mielografie şi imagistică cu rezonanţă magnetică (MRI - neinvazivă şi cu imagini de bună calitate) permit vizualizarea cozii de cal (caută o protruzie de disc, tumori sau stenoză spinală). Trimite LCR de la mielografie pentru dozarea proteinelor (crescute în LCR blocat sub tumorile coloanei vertebrale). Echografia şi tomografia computerizată vizualizează canalul medular. Explorările radioizotopice pot vizualiza "zone calde" de tumoră (sau infecţie cu germeni piogeni). Electromiografia este utilizată pentru a demonstra lipsa de inervaţie prin nervii lombosacraţi.

Scolioza şi cifoza

Cifoza. Este o deformare în flexie a coloanei vertebrale. Coloana cervicală este în mod normal menţinută în uşoară extensie (lordoză), coloana toracică în flexie, şi coloana lombară din nou în extensie. Acele afecţiuni care afectează arhitectura coloanei pot cauza cifoză, de ex. anomaliile congenitale ale vertebrelor, osteocondrita Scheuermann San Calvé (p. 730 şi p. 732), fracturile marginale ale vertebrelor (osteoporoză, carcinom metastatic, TBC), spondilita ankilozantă. Tratează maladia de fond în caz de necesitate.

Scolioza. Este o curbare laterală a coloanei + rotaţie a vertebrelor şi coastelor. Cea mai frecventă cauză este spasmul muscular (de ex. în sciatică). Clasificarea:

1. Idiopatică (apărută şi la sugari şi la adolescenţi)

2. Congenitală (datorată unor anomalii osoase)

3. Neuromusculară (de ex. posturală, polio, siringomielie, distonie, de torsiune).

Spasmul muscular inegal sau paralizia exercită o tracţiune inegală asupra coloanei (curbură concavă de partea mai puternică).

4. Cauze rare (de ex. tumori spinale, spondilolistezis, artrogrifoză, encondromatoză, osteogenesis imperfecta, neurofibromatoză, malformaţia Chiari, distrofia musculară Duchenne, ataxia Friedreich, sindromul Marfan, boala Pompe).

Scolioza idiopatică. Există o curbare laterală a coloanei toracice sau lombare. Leziunile toracice tind să dea diformităţi mai grave decât cele lombare. Deformarea coastelor generează o cocoaşă caracteristică de partea convexă a curburii, care devine manifestă dacă rugăm pacientul să se aplece înainte. Curbarea se măreşte în timpul perioadei de creştere a persoanei afectate, astfel încât cu cât debutul este mai precoce, cu atât diformitatea este mai severă. De la instituirea screeningului, scolioza a fost detectată la 4,6 - 13,6% din adolescenţi. Din aceştia, numai 2% au curburi mai mari de 10° şi din aceştia numai aprox. 6% progresează. Tratamentul este necesar la 2,75 din 1000 supuşi screeningului. Curburile uşoare dau numai probleme cosmetice. Curburile pot fi dureroase în viaţa adultă datorită modificărilor artrozice ale coloanei. În cazul diformităţilor severe, pot apărea probleme respiratorii. În cazurile în care curburile nu sunt prea severe, situaţia este monitorizată regulat. Când curburile progresează în gravitate, se pot face încercări în a preveni avansarea bolii cu ajutorul unei centuri de detracţiune – de rotaţie Boston sau Milwaukee până când copilul este destul de mare pentru o intervenţie chirurgicală pe coloană (de ex. o operaţie Luque cu sârme şi bare Luque) sau o instrumentare Cottrel-Dubousset). Barele de metal Harrington sunt acum rareori folosite. Nu există nici un tratament eficient pentru diformităţile stabilizate ale adulţilor.

9. Ortopedie şi traumatologie

Scolioza şi cifoza

►Când scolioza dă dureri la un copil sau adolescent (în special noaptea), cauza poate fi un osteom osteoid, un osteoblastom, spondilolistezis sever sau o tumoră medulară, şi sunt necesare investigaţii pentru a exclude o astfel de patologie de fond.

Cauze ale durerii de spate

Durerile de spate pot fi rezultatul unor afecţiuni retroperitoneale (ulcer duodenal, Ca pancreatic, sau anevrism; durerea este deseori lombodorsală, iar mişcările coloanei nedureroase şi complete). Alte cauze: neoplazii ale coloanei, infecţii, dureri de coloană spondilitice sau mecanice, leziuni ale discului, artrită, osteoporoză, osteomalacie.

Dureri de coloană de origine mecanică. Coloana vertebrală este o serie complexă de articulaţii între vertebre, cu discuri spongioase între corpurile vertebrale care acţionează ca amortizoare ale şocurilor, şi cu o multitudine de feţe articulare. Leziunile unei singure părţi a coloanei pot afecta funcţionarea întregului, iar spasmul muşchilor vertebrali poate cauza dureri intense. O consecinţă a posturii verticale este faptul că forţe mari sunt exercitate asupra coloanei, de ex. la ridicarea unei greutăţi, iar discurile se pot rupe (tineri) sau vertebrele se pot fractura (vârstnici).

Hernia de disc. Discurile lombare au cel mai mare risc de a se rupe (în special ultimele 2). Durerea tipică este severă şi apare la tuse, strănut sau răsucirea corpului la câteva zile după o suprasolicitare a coloanei (debutul poate fi insidios). Durerea poate fi limitată la zona lombară inferioară (lumbago) sau poate iradia în fesă sau membru inferior (sciatică), dacă nucleul pulpos herniat comprimă o rădăcină nervoasă. *Semne:* limitarea flexiei anterioare (p. 698) ± limitarea extensiei, flexia laterală este de obicei mai puţin afectată, dar, în acest caz, este unilateral limitată. În cazul herniei L5-S1, compresia rădăcinii S1 duce la dureri de molet, slăbirea flexiei plantare, sensibilităţii dureroase (înţepare cu un ac) în plantă şi moletul posterior şi ↓ reflexului ahilian. În cazul herniei L4-L5, extensia halucelui este slabă şi sensibilitatea ↓ pe dosul piciorului, partea externă. Dacă discurile lombare inferioare herniază central, poate surveni compresia cozii de cal (p. 688).

Explorări: Recomandă MRI (sau CT sau mielografie) în vederea unei eventuale intervenţii, de ex. pentru compresia cozii de cal, sau dacă repausul nu ajută şi simptomele sunt severe, cu semne SNC ca modificări ale sensibilităţii sau reflexelor, sau atrofie musculară.

Tratament: Repaus la pat pe o suprafaţă tare timp de 2-6 săptămâni + analgezice (p. 704) sunt suficiente în aprox. 90%. Disectomia, percutanată translombară (de ex. făcută de un radiolog ghidat de imagini mărite – sub anestezie generală) sau chemonucleoliza (cu chimopapaină, o enzimă care provoacă lichefierea discului) pot fi utilizate. Cea din urmă este o procedură rapidă (30 min), atraumatică, de o zi, care economiseşte aprox. 1500 lire sterline/pacient.

Spondilolistezis. Este o deplasare (de obicei anterioară) a unei vertebre lombare pe cea de sub ea. *Cauze:* Spondilolisis (malformaţie a părţii interarticulare a arcului neural); malformaţie congenitală a proceselor articulare, artroza feţelor articulare posterioare (vârstnici). Debutul durerii, cu sau fără sciatică, are deseori loc în adolescenţă. *Diagnosticul* se pune prin radiografii simple. *Tratamentul* poate necesita purtarea unui corset, sau decompresia nervoasă şi fuziunea spinală.

Stenoza măduvei lombare/a recesului lateral

Artroza feţelor articulare (singurele articulaţii sinoviale ale coloanei) poate produce o îngustare generalizată a canalului medular lombar sau pur şi simplu a receselor sale laterale. Spre deosebire de hernia de disc lombară, aceasta produce:

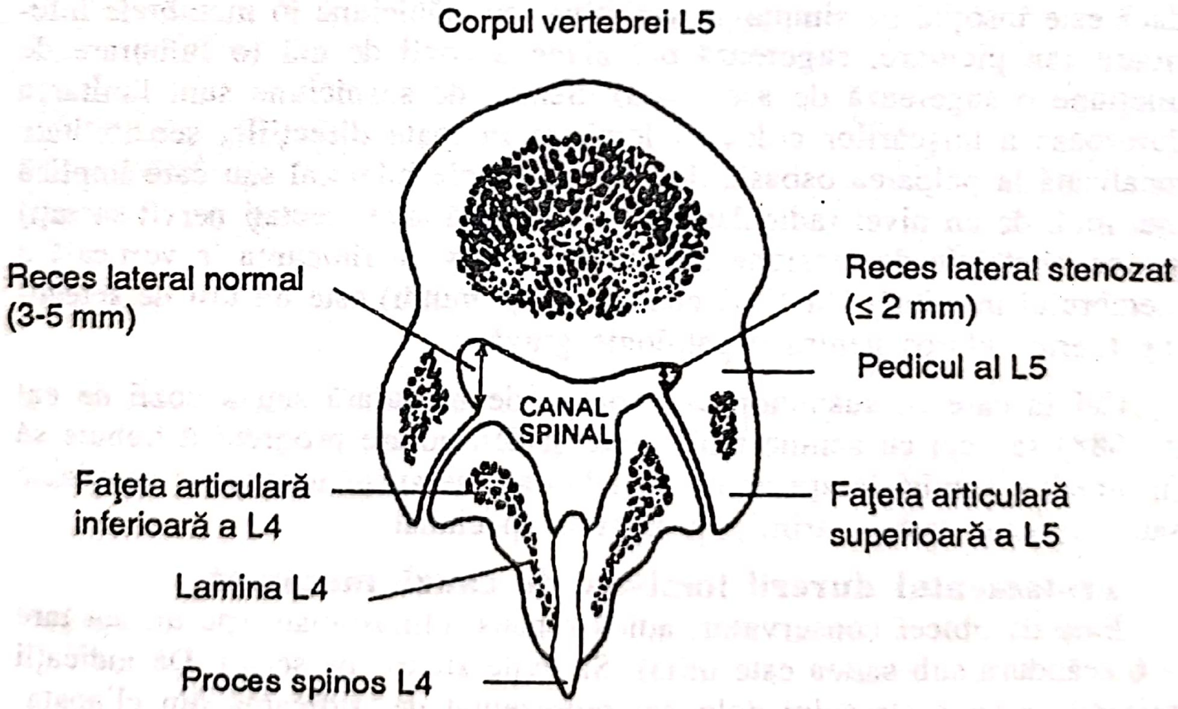
• Durere agravată la mers, cu dureri şi greutate în unul sau ambele membre inferioare, care necesită oprirea din mers a persoanei ("claudicaţie spinală").

• Durere la extensie. • Testul ridicării la verticală a membrului inferior negativ. • Puţine semne SNC.

Explorări: Mielografia, TC şi MRI vizualizează canalul medular.

Tratament: Decompresia canalului (extirparea peretelui său posterior) dă rezultate bune dacă AINS, injecţiile epidurale cu corticoizi, şi corsetele (pentru a preveni exagerarea lordozei lombare în ortostatism) nu au efect.

Tumori spinale – p. 716.


Corpul vertebrei L5
Reces lateral normal (3-5 mm)
Reces lateral stenozat (≤ 2 mm)
Pedicul al L5
CANAL SPINAL
Faţeta articulară inferioară a L4
Faţeta articulară superioară a L5
Lamina L4
Proces spinos L4

Tratamentul durerii lombare

Durerea lombară este un simptom frecvent, de care 80% din populaţia vestică suferă la un moment dat în viaţă. 50/1000 muncitori industriali au concedii medicale din această cauză în fiecare an. În Marea Britanie reprezintă 11 milioane zile de muncă pierdute/an. Un medic generalist se poate aştepta ca 20 indivizi din 1000 de pe lista lui să-l solicite din această cauză în fiecare an, şi să trimită la spital 10-50% din aceştia. Mai puţin de 10% din cei trimişi la specialist vor suferi o intervenţie chirurgicală.

Majoritatea durerilor lombare sunt autolimitate; din cei care consultă un generalist, 70% sunt amelioraţi după 3 săptămâni, 90% după 6 săptămâni, indiferent de tratament. Totuşi, trebuie să ne amintim că durerile lombare pot avea cauze foarte grave: neoplazii, infecţii locale, sau compresie medulară sau a cozii de cal şi este necesară o conduită care să detecteze prompt aceşti pacienţi. Vârsta este un considerent important: într-un studiu numai 3% din pacienţii între 20 şi 55 ani au avut "patologie medulară" (tumoră, infecţie, maladie inflamatorie), comparativ cu 11% din cel < 20 ani, şi 19% > 55ani.

Trăsături care pot indica o patologie foarte gravă. (*Cauze:* p. 706). Durerea provocată de activitate şi ameliorată de repaus este rareori de cauză gravă, dar durerea constantă, neafectată de activitate, este mai probabil să fie gravă. Sciatica alternantă sau bilaterală, în special dacă este însoţită de simptome senzitive sau slăbiciune în membrele inferioare sau picioare, sugerează o leziune a cozii de cal (o tulburare de micţiune o sugerează de asemenea). Semne de suspiciune sunt limitarea dureroasă a mişcărilor coloanei lombare în toate direcţiile, sensibilitate localizată la palparea osoasă, deficit neurologic bilateral sau care implică mai mult de un nivel radicular (în special dacă sunt afectaţi nervii sacraţi) semne bilaterale de tensiune radiculară (de ex. la ridicarea la verticală a membrului inferior). Un VSH crescut (> 25 mm/h) este un test de screening foarte valoros pentru o patologie gravă.

Cei la care se suspicionează compresie medulară sau a cozii de cal (p. 688) sau cei cu semne unilaterale şi deteriorare progresivă trebuie să fie imediat trimişi la specialist. Cei la care se suspicionează o neoplazie sau o infecţie trebuie trimişi prompt la specialist.

Tratamentul durerii lombare de cauză mecanică

Este de obicei conservator, adică repaus, clinostatism (pe un pat tare – o scândură sub saltea este utilă). Să evite statul pe scaun. Dă indicaţii privind evitarea stresului coloanei reprezentat de: ridicarea din clinostatism, evitarea aplecărilor, încovoierilor, ridicări de greutăţi şi scaunelor joase. Dă şi analgezicele bune pentru a stopa durerea şi ciclul durere-spasm muscular (de ex. paracetamol, până la 4 g/24h PO, ± AINS, de ex. naproxen 250 mg/8h PO – dar la început pot fi necesare opiaceele).

Căldura ajută de asemenea, ca şi înotul într-o piscină încălzită. Dacă spasmul persistă, încearcă diazepam 2 mg/8 h PO pe o perioadă scurtă. Fizioterapia în timpul fazei acute poate reduce durerea şi spamul. Pacientul convalescent va primi şi educaţie, privind ridicarea de greutăţi şi exerciţii de întărire a muşchilor spatelui.

Mulţi preferă să consulte un osteopat sau un chiropractician pentru manipulări (făcute şi de unii fizioterapeuţi). Studiile arată că manipulările pot produce ameliorări dramatice ale simptomelor, dar acestea ar putea fi doar temporare.

Dacă durerea nu se ameliorează după 2 săptămâni, ia în consideraţie examinarea radiologică, anestezia epidurală, sau un corset. Ulterior, poate fi necesară trimiterea la specialist dacă durerea nu cedează cu timpul, pentru ajutor în diagnostic, pentru tratament suplimentar sau pentru liniştirea pacientului.

Durerea de coloană de cauză gravă

Cauze: Vârsta determină cele mai probabile cauze.

- 15-30 ani: hernie de disc, traumatism, fracturi, spondilită ankilozantă (p. 758); spondilolistezis (L5 se deplasează anterior pe S1), sarcină.
- 30-50 ani: Maladii articulare degenerative, hernie de disc, neoplazie (plămân, sân, prostată, tiroidă, rinichi).
- > 50 ani: Degenerativă, osteoporoză, Paget, neoplazie, mielom.

Aterom al arterei lombare (care poate cauza singur degenerarea discului).

Cauze mai rare: Stenoză spinală (încălecare de oase; tumori ale cozii de cal; infecţii spinale (de obicei stafilococice, şi *Proteus, E. coli, S. Typhi, TBC).*

De obicei fără semne sistemice de infecţie.

Tumori ale coloanei. Pot aparţine de măduva spinării, meninge, nerv sau os. Pot comprima măduva, producând următoarele *semne:* dureri ale centurii scapulare dacă este afectată coloana toracică, dureri lombare dacă este mai jos; semne de neuron motor inferior la nivelul leziunii, semne de neuron motor superior şi pierderea sensibilităţii -inferior de leziune; tulburări de micţiune şi defecaţie. Funcţionalitatea nervilor periferici poate fi afectată, cu dureri de-a lungul traiectului nervos, slăbiciune motorie în muşchii deserviţi de nerv, şi tulburări de sensibilitate în zonele inervate de rădăcinile nervoase. În cazul leziunilor cozii de cal, apare frecvent retenţie de urină şi anestezie în şa. Când sunt afectate oasele spatelui, apar dureri constante progresive, şi distrucţie osoasă locală. Tumorile (mai ales metastazele) tind să afecteze osul trabecular, dar leziunile focale nu pot fi vizualizate radiologic până când nu se pierd 50% din masa osoasă.

Explorări: Întrucât pediculii sunt formaţi din os trabecular, un semn radiologic precoce ce sugerează o tumoră este "lipsa unui pedicul". Poate exista un spasm muscular major şi sensibilitate locală la percuţia osoasă. Colapsul osos poate provoca diformităţi locale sau compresie nervoasă sau medulară. Scintigrafia izotopică osoasă, biopsia osoasă şi mielografia pot fi toate utilizate în diagnostic.

Infecţii piogenice ale coloanei. Este un diagnostic care este cunoscut ca fiind dificil, întrucât toate semnele de infecţie pot lipsi (de ex. fără febră, tumefacţie, leucocitoză), deşi VSH-ul este deseori crescut. Pot fi secundare altor focare septice. Apar dureri, iar mişcările sunt limitate de spam. Este de obicei o infecţie a spaţiului discal (discită). *Factori de risc:* Diabet zaharat, imunosupresie, intervenţie chirurgicală sau cateterizare vezicală. Jumătate din infecţii sunt stafilococice, mai pot fi şi infecţii cu *Proteus, E.coli, Salmonella typhi* şi TBC. *Explorări:* radiografiile arată rarefacţii sau eroziuni osoase, îngustarea spaţiului articular ± neoformaţie osoasă subligamentară. Cea mai bună explorare este o scintigrafie osoasă cu techneţiu. *Tratament:* Ca pentru osteomielita cu altă localizare (p. 724), repausul coloanei cu repaus la pat, centură sau corset. Poate fi necesară intervenţia chirurgicală.

Durerea de coloană de cauză gravă

TBC a coloanei. Rară în vest, tinde să afecteze adulţii tineri, provocând durere şi limitarea tuturor mişcărilor coloanei. VSH ↑. Pot apărea abcese şi compresie medulară. Spaţiile discale pot fi afectate izolat, sau cu afectarea corpului vertebral de fiecare parte (de obicei marginile anterioare precoce). Radiografiile arată precoce îngustarea spaţiului discal şi osteoporoză vertebrală locală, cu distrucţie osoasă marginală a vertebrelor mai târziu. La nivelul coloanei toracice, pe radiografie se pot vedea abcese paraspinale, în leziunile toracice inferioare sau lombare, abcedarea poate avea loc prin muşchiul psoas în flanc, sau în fosa iliacă. Tratamentul constă în principal în medicamente antituberculoase şi drenajul abceselor.

Hernia de disc centrală. Această urgenţă neurochirurgicală este sugerată de sciatica bilaterală, anestezia perineală sau "în şa" şi tulburări de micţiune sau defecaţie. → Este necesară decompresia promptă pentru a evita paralizia membrelor inferioare.

Anamneza şi examinarea şoldului

Mişcările examinate la şold sunt flexia (se fixează creasta iliacă pentru a elimina rotaţia pelvisului), este în mod normal de 120°; abducţia - în mod normal de 30°-40° (menţine mâna între spinele iliace antero-superioare pentru a preveni balansul pelvic); abducţia în flexie (normal 70°) şi adducţia (normal 30°, testată prin mişcarea unui picior peste celălalt). În mod normal, rotaţia externă şi internă este de 30° (rotaţia internă este deseori prima mişcare limitată în afecţiunile şoldului).

Întrebări. Despre modul în care simptomele legate de şold afectează activităţile zilnice, distanţa de mers, capacitatea de a urca scări (se urcă pe rând câte o treaptă), dificultatea de a se ridica de pe scaune joase. Aminteşte-ţi că durerea de genunchi poate fi iradiată de la şold.

Măsurători. Aparenta disparitate în lungimea membrelor inferioare (cu membrele inferioare paralele şi pe aceeaşi linie cu trunchiul) se numeşte "scurtare aparentă" (de ex. datorată balansului pelvic sau diformităţii fixate în adducţie – care dă scurtarea aparentă de acea parte) sau "alungire aparentă" (de ex. datorată abducţiei fixate a şoldului) dacă nu există o disparitate reală, detectată prin măsurarea distanţei dintre spina iliacă anterosuperioară şi maleola mediană de fiecare parte, cu pelvisul menţinut drept şi membrele inferioare în abducţie sau adducţie egală.

Diformitate fixată. Contracturile articulare sau musculare împiedică aducerea membrelor în poziţie neutră. În cazul diformităţii fixate în adducţie, unghiul dintre membrul inferior şi axa transversală a pelvisului (linia dintre spinele iliace anterosuperioare) este mai mic de 90°. Diformitatea fixată în flexie este detectată prin testul Thomas.

Testul Thomas. Caută prin palpare lordoza lombară pe partea unde este suspectată diformitatea fixată în flexie. Dacă lordoza este prezentă, flectează la maximum partea sănătoasă. Aceasta aboleşte lordoza şi face vizibilă flexia fixă de partea afectată. Unghiul cu care se ridică coapsa este unghiul de flexie fixă.

Testul Trendelenburg. Acesta testează stabilitatea şoldului şi abilitatea de a susţine pelvisul în poziţia verticală cu sprijin pe un picior. În această poziţie, este normal ca pelvisul să se ridice de partea piciorului ridicat. Testul este + atunci când pelvisul cade de partea piciorului ridicat. *Cauze:* **1.** Paralizia muşchilor abductori (fesier mijlociu şi mic); **2.** Deplasarea superioară a trohanterului mare (coxa vara severă sau luxaţie de şold); **3.** Absenţa unui scripete stabil (de ex. fracturi nereduse ale colului femural).

Mers. Cei cu dureri sau instabilitate de şold utilizează un baston de partea opusă a şoldului afectat. (Pentru genunchi este invers.)

Examinarea altor articulaţii. Durerea de şold poate fi datorată unor leziuni ale coloanei lombare, articulaţiilor sacroiliace, abdomenului sau pelvisului.

Coxa vara. Este termenul utilizat pentru a descrie un şold la care unghiul dintre colul şi diafiza femurului este mai mic decât normalul de 125°. *Cauze:* congenitală, alunecarea epifizei femurale superioare, fractură (trohanteriană cu deplasare, fracturi nereduse ale colului femural); datorată rarefacţiei osoase (rahitism, osteomalacie, boala Paget). *Consecinţe:* scurtarea reală a membrului; "căderea" Trendelenburg la mers face ca persoana afectată să şchioapete.

Durerea de şold la copii

► Când un copil acuză dureri de genunchi, examinează şoldul.

► Este copilul febril? Dacă da, recomandă urgent hemoculturi + artrotomie diagnostică pentru a exclude artrita septică (nu te baza numai pe aspiraţie).

► Gândeşte-te la alunecarea epifizei femurale la adolescenţi.

Când un copil se prezintă cu un şchiopătat dureros neexplicat, examinează şoldul clinic şi radiologic. De obicei se internează pentru observaţie şi repaus (± tracţiune) şi se fac explorări pentru excluderea TBC şi a bolii Perthes. În cazul în care a existat o limitare unilaterală a tuturor mişcărilor şoldului, dar o vindecare spontană după repaus la pat în prezenţa unor radiografii normale, se pune un diagnostic retrospectiv de sinovită tranzitorie a şoldului (cunoscută sub denumirea de "şold iritabil"). Dacă sunt afectate şi alte articulaţii, ia în considerare diagnosticul de artrită reumatoidă juvenilă (p. 848).

Echografia este foarte utilă în evaluare. Poate ghida aspiraţia cu ac dacă se suspicionează puroi – şi poate limita necesitatea artrotomiei.

Boala Perthes. Este osteocondrita capului femural şi afectează copiii între 3-11 ani (cel mai frecvent 4-7 ani). Este bilaterală în 10%. Raportul bărbaţi/femei ~ 4. Se prezintă cu durere de şold sau genunchi şi provoacă şchiopătat. La examinare, toate mişcările şoldului sunt limitate. Radiografiile precoce arată lărgirea spaţiului articular. Mai târziu apare o scădere în dimensiuni a nucleului capului femural, cu scăderea inegală a densităţii. În stadii şi mai avansate, poate apărea colaps şi diformitate a capului femural cu neoformare de os. Diformitatea severă a capului femural creşte riscul artritei precoce. Cu cât pacientul este mai tânăr, cu atât prognosticul este mai bun. Pentru cei cu forme mai puţin grave (< 1/2 din capul femural afectat, pe radiografia laterală, şi profunzimea spaţiului articular bine păstrată) tratamentul este repaus la pat până la dispariţia durerii, urmat de supraveghere radiologică. Pentru cei cu prognostic mai prost (> 1/2 din capul femural afectat, îngustarea spaţiului articular), poate fi indicată intervenţia chirurgicală.

Alunecarea epifizei femurale superioare. Afectează pe cei între 10-16 ani, 20% sunt bilaterale. Raportul bărbaţi/femei = 3,50% din pacienţi sunt obezi. Există o deplasare prin cartilajul de creştere, cu epifiza alunecând totdeauna în jos şi posterior. Se prezintă de obicei cu şchiopătat şi durere spontană în zona inghinală, în coapsa anterioară sau genunchi. Simptomele pot fi cronice sau acute. Starea acută poate reprezenta o alunecare foarte instabilă, şi indică necesitatea unei fixări precoce. La examinare se constată limitarea flexiei, abducţiei şi rotaţiei mediale (în clinostatism, pacientul poate sta cu piciorul în rotaţie externă). Diagnosticul se pune pe radiografii laterale (filmele AP pot fi normale). În lipsa tratamentului, urmările pot fi necroza avasculară a capului femural sau malpoziţionarea cu risc de artrită. Alunecările mici pot fi fixate pentru a preveni progresia alunecării; cele mari necesită intervenţii chirurgicale reconstructive complicate.

Artrita tuberculoasă. Este acum rară în Marea Britanie. Copiii cu vârste între 2-5 ani şi vârstnicii sunt cel mai frecvent afectaţi. Simptomele sunt durere şi şchiopătat. Toate mişcările şoldului generează durere şi spasm muscular. *Explorări:* Semn radiologic precoce: rarefacţia osoasă. Ulterior apare înceţoşarea marginilor articulare şi îngustarea spaţiului articular. Mai târziu pot fi văzute eroziuni osoase. Întreabă dacă nu are contracţii musculare. Verifică VSH-ul, RXT şi reacţia Mantoux (p. 245). Biopsia membranei sinoviale confirmă diagnosticul de artrită TBC. *Tratamentul artritei tuberculoase* (de ex. a şoldului): repaus şi chimioterapie (de ex. cu medicamentele descrise la p. 330, administrate de un personal experimentat). Dacă a survenit o distrucţie articulară majoră, poate fi necesară artrodeza.

Luxaţia congenitală de şold (LCŞ)

1,3% din nou-născuţi au o instabilitate a şoldului, dar numai 0,1% au luxaţii adevărate. Raportul femei/bărbaţi ≈ 6; şoldul stâng este afectat de 4 ori mai frecvent decât dreptul (bilateral în 1/3). LCŞ este mai frecventă după naşterea în prezentaţie pelvină.

Diagnostic. Examinează şoldurile tuturor nou-născuţilor în primele câteva zile de viaţă şi la 6 săptămâni. Detectarea precoce poate da speranţe de corectare precoce. ►Reţine posibilitatea de LCŞ în tot timpul supravegherii din copilărie (p. 245). *Clic – testul Ortolani*[1]: Cu bebeluşul culcat, flectează-i şoldurile la 90° şi genunchii complet. Examinatorul îşi pune degetul mijlociu pe trohanterul mare şi policele pe coapsa internă, în partea opusă trohanterului mic. Se pune diagnosticul de luxaţie de şold dacă abducţia lentă a şoldului produce o mişcare bruscă palpabilă (deseori audibilă) mai mult decât un clic – când capul femural alunecă înapoi în acetabul. *Manevra Barlow*[1]. Cu pelvisul stabilizat cu o mână, fă pe rând abducţia la 45° a fiecărui şold. Presiunea anterioară exercitată de degetul mijlociu provoacă alunecarea capului femural în acetabul dacă şoldul este luxat. În cazul în care capul femural alunecă peste buza posterioară a acetabulului şi direct înapoi la exercitarea unei presiuni cu policele, şoldul este "instabil" (adică luxabil, nu luxat). Utilizează ambele teste, dar evită testările repetate, pentru că pot induce instabilitate şi luxaţie.[2]

La copiii mai mari semnele pot fi în întârziere în învăţarea mersului, mers pendulat anormal (piciorul afectat este mai scurt), asimetria plicilor inghinale (o plică în plus de partea afectată) şi limitarea abducţiei complete a şoldului afectat. În cazul leziunilor bilaterale, perineul apare lărgit şi lordoza lombară accentuată.

Vizualizare. Echografia este investigaţia de elecţie, pentru că este neinvazivă şi dinamică. Nu s-a stabilit dacă este indicat ca echografia să fie inclusă în screening-ul general. Într-un studiu pe 4 717 bebeluşi, 17 au necesitat tratament şi la 5 dintre aceştia examenul clinic nu a decelat diagnosticul. 81 au prezentat anomalii echografice care nu au necesitat tratament.[3]

Tratament. Dacă examinarea neonatală sugerează luxaţie (instabilitate), recomandă utilizarea unor scutece duble până la reevaluarea de la 3 săptămâni. Dacă problema se menţine, fixează şoldurile în abducţie moderată timp de 3 luni (de ex. fixare von Rosen). Abducţia excesivă poate cauza necroza avasculară a capului femural. *De la 6-18 luni* poate fi încercată reducerea închisă, cu ajutorul unei rame sau console, şi tracţiune pentru a realiza abducţia treptată a şoldurilor la 80°. Dacă aceasta produce reducerea completă, membrele inferioare sunt apoi fixate, rotate medial şi apoi abduse; dacă nu, se pot încerca diverse operaţii *până la 6 ani:* încercarea de a reduce anteversia excesivă a colului femural (de

?

ex. osteotomie de rotaţie) şi ameliorarea acetabulului, astfel încît capul femural să stea în el mai profund. *De la 7-10 ani* pot fi utile operaţii similare (de ex. pentru capul femural poziţionat prea sus, în cavităţi false). *De la 11 ani,* operaţiile (de ex. osteotomie pelvină) se fac în principal pentru durere. La începutul vieţii adulte poate fi necesară protezarea totală a şoldului, din cauza artrozei dureroase. O alternativă este artrodeza.

Piciorul equin

Piciorul equin neonatal (talipes equinovarus; raportul bărbaţi/ femei >1). Diformitatea piciorului constă în: **1.** Inversie; **2.** Adducţia piciorului anterior faţă de cel posterior; **3.** Equinus (flexie plantară). Piciorul nu poate fi eversat şi dorsiflectat pasiv. Tratamentul începe în prima săptămână de la naştere cu manipulări săptămânale ale piciorului, menţinându-l legat sau fixat în poziţie normală între manipulări. Genunchiul este fixat în flexie la 90° pentru a împiedica bebeluşul să-şi tragă piciorul în sus. Dacă tratamentul nu a corectat piciorul la ~ 3 luni, se efectuează reducerea operatorie. Dacă aceasta nu are efect, mai târziu (de la 2 ani) se pot efectua operaţii pe ţesuturi moi şi/sau oasele piciorului.

[1] T Barlow 1962 *J Bone & Joint Surg* **48** 292

[2] C Cheetham 1987 *Arch Dis Chil* **62** 315

[3] NM Clarke 1989 *J Bone & Joint Surg* **71** 9

Anamneza şi examinarea genunchiului

► Durerea de genunchi poate fi iradiată de la şold.

Întreabă despre traumatisme, durere, tumefacţii, mobilitate, blocare, clicuri şi "genunchi care îşi dă drumul" (de ex. la efort – o caracteristică a leziunilor de ligament încrucişat).

Examinează pacientul culcat, cu membrele inferioare expuse pe toată lungimea. Caută tumefacţii (*Cauze:* Îngroşare osoasă, lichid, îngroşare sinovială – aceasta dă o senzaţie "de cauciuc"). Caută atrofia cvadricepsului. Prezenţa lichidului poate fi confirmată plasând o palmă deasupra patelei, pe bursa suprapatelară, şi policele şi indexul celeilalte mâini sub rotulă. Lichidul poate fi mişcat între cele 2 mâini (presiunea hidraulică poate fi simţită) alternând sursele de presiune. Dacă există 30-40 ml lichid se poate simţi un "şoc rotulian" (balotarea rotulei pe oasele învecinate). Şocul rotulian este absent în cazul revărsatelor mici sau compacte (care pot avea până la 120 ml).

Flexia şi extensia la genunchi variază de la un individ la altul. Flexia trebuie să fie suficientă pentru ca fesa să poată fi atinsă cu călcâiul. Compară extensia de partea bolnavă cu partea sănătoasă. Ligamentele mediale şi laterale sunt examinate cu genunchiul flectat la 20-30° (pentru a relaxa capsula posterioară), în timp ce o mână ridică glezna de pe pat, cealaltă menţine genunchiul doar puţin flectat. Genunchiul este solicitat în abducţie prin efectuarea abducţiei gleznei cu o mână, în timp ce se împinge genunchiul medial cu cealaltă mână. Inversează presiunile pentru a da forţă de adducţie şi testează astfel ligamentul extern (lateral). Dacă aceste ligamente sunt rupte, articulaţia genunchiului are mişcări mai largi la testarea ligamentului respectiv (compară cu celălalt genunchi).

Testează ligamentele încrucişate cu genunchiul flectat la 90°, cu piciorul pus pe pat şi cu examinatorul aşezat pe el (pentru ancorarea tibiei). Plasează degetele înlănţuite în spatele genunchiului, apucând între police părţile laterale ale coapsei (fiecare police pe un condil femural). Cu cvadricepsul relaxat, evaluează alunecarea anterioară a tibiei pe femur (normal ~ 0,5 cm). Ligamentul încrucişat anterior previne deplasarea anterioară; cel posterior previne deplasarea posterioară. Deplasarea excesivă într-o direcţie (compară cu celălalt genunchi) sugerează o leziune a ligamentului respectiv. Examinarea trebuie efectuată şi în flexie la 20° (testul Lachman). Un test mai sensibil pentru a determina dacă simptomele sunt realmente datorate leziunilor ligamentului încrucişat (pot fi asimptomatice) este "testul schimbării pivotului": flectează genunchiul, pune-l în valgus şi apoi extinde-l. Dacă încrucişatul anterior este rupt, genunchiul sare vizibil înainte. (Deseori greu de vizualizat, dacă pacientul nu este foarte relaxat sau sub anestezie generală.)

Testul rotaţiei al lui McMurray este un mod imprecis de detectare a rupturilor pedunculate de menisc. Genunchiul este flectat, tibia rotată lateral pe femur, apoi se extinde genunchiul menţinând tibia rotată. Se repetă această manevră cu diverse grade de flexie a genunchiului şi apoi din nou cu tibia rotată medial pe femur. Această manevră are ca scop blocarea capătului liber al unui menisc pedunculat în interiorul articulaţiei -fiind palpat şi auzit un clic, iar pacientul simţind durere când fragmentul blocat este eliberat odată cu extensia genunchiului. Acest test poate să nu detecteze rupturile în mâner de găleată (p. 802). Notă: genunchii normali produc frecvent clicuri patelare. Simpla provocare a durerii la palparea liniei articulare poate reprezenta un test mai valid, dacă se asociază cu un istoric de blocare mecanică.

Artroscopia. Artroscopul permite vizualizarea structurilor interne ale genunchiului şi punerea unui diagnostic definitiv fără deschiderea articulaţiei. El permite şi efectuarea unei game largi de operaţii fără deschiderea genunchiului, reducând astfel perioada de convalescenţă pentru pacienţii supuşi chirurgiei artroscopice. Majoritatea operaţiilor pot fi efectuate în ambulator, sub anestezie locală.

Durerea de genunchi

Cele mai frecvente simptome sunt durerea în genunchiul anterior sau durerea cu tumefacţie. Durerea în genunchiul anterior poate fi datorată multor cauze (vezi mai jos).

Chondromalacia patellae (Este o componentă a "sindromului durerii în genunchiul anterior"). Afectează în special femeile tinere şi soldaţii. După menţinerea îndelungată a poziţiei şezânde, apare durere rotuliană. Apar sensibilitate retropatelară medială şi durere la compresia patelo-femurală. *Diagnosticul* este clinic, dar, dacă se face artroscopie, se constată înmuierea şi/sau fibrilarea cartilajului articular. *Se tratează* prin exerciţii de întărire a vastului medial – pacientul întins pe spate cu piciorul în rotaţie externă. Ridică călcâiul de pe pat 10 cm × 500 /24 h, relaxând muşchii între ridicări (exerciţiile sunt plicticoase dar ameliorează durerea în 80%). Dacă simptomele persistă încă, gândeşte-te, rareori, la patelectomie. Raderea suprafeţei posterioare a rotulei dă rezultate nesigure.

Sindromul presiunii laterale excesive. Lateral, apar dureri şi sensibilitate retropatelară. Efortul provoacă dureri. Exerciţiile pentru vastul medial ameliorează mai rar durerea. Artroscopia arată o rotulă normală. Eliberarea retinaculară laterală ameliorează durerea.

Patela bipartită. Este de obicei o descoperire radiologică întâmplătoare, dar poate provoca dureri dacă fragmentul superolateral este mobil, cu sensibilitate deasupra joncţiunii. Excizia fragmentului suplimentar ameliorează durerea.

Subluxaţia recurentă a rotulei. Un retinacul lateral strâns predispune rotula la subluxaţie laterală, provocând dureri mediale, şi lipsa blocării genunchiului. Este mai frecventă la fete şi în cazul genunchilor în valgus. Poate fi familială, sau asociată cu laxitate articulară, cu o patelă poziţionată sus *(patella alta)*, sau cu un condil femural lateral hipotrofic. Examinarea arată mişcări rotuliene laterale amplificate, care pot fi însoţite de durere şi de contracţia reflexă a cvadricepsului (deci testul aprehensiunii patelare pozitiv). Dacă exerciţiile pentru vastul medial nu au efect, eliberarea retinaculară laterală asigură de obicei vindecarea. Transferul tendonului rotulian este rareori necesar.

Sindromul sertarului medial. Plica sinovială de deasupra meniscului medial este inflamată. Durerea este supero-medială. Poate apărea o scurtă blocare a genunchiului (mimează o ruptură de menisc). *Diagnostic:* artroscopie. *Tratament:* Repaus, AINS, injecţii locale cu corticoizi sau tăierea artroscopică a plicii sinoviale.

Sindromul pernuţei de grăsime. Sensibilitatea la palpare, sub tendonul rotulian, poate fi cauzată de prinderea pernuţei de grăsime în articulaţia tibio-femurală. Durerea cedează la repaus.

Genunchiul mărit de volum

Mărirea de volum a genunchiului apare în cadrul unui proces artritic. **Artroza** afectează mai ales rotula posterioară şi compartimentul medial al genunchiului, predispunând astfel la deformare în varus. Tratamentul se face de obicei cu AINS (p. 756), suport al genunchiului (de ex. Tubigrip®), pierderea greutăţii în exces, şi uneori injecţii locale cu corticoizi. Poate fi necesară intervenţia chirurgicală – osteotomia poate corecta deformarea în varus; artroplastia de înlocuire este discutată la p. 734. Durerea de repaus (sau durerea la condusul automobilului), ameliorată de mişcare, sugerează leziuni ale compartimentului patelofemural. Simpla tragere a rotulei către medial, cu ajutorul unei benzi adezive (Leukotape®, Beiersdorf) poate reduce durerea cu 25%.[1]

Artrita reumatoidă, guta şi artrita septică pot toate să afecteze genunchiul.

Chist de menisc. În acest caz tumefacţia este variabilă, dar durerea se simte peste tot spaţiul articular. Chistul lateral este mult mai frecvent decât cel medial. Mărirea de volum este cea mai vizibilă cu genunchiul flectat la 60°-70° şi este mai puţin vizibilă în flexie totală. Meniscul este deseori rupt radial (altfel o direcţie neobişnuită) şi poate da naştere unor clicuri articulare în lipsa blocării genunchiului. Durerea este uşurată prin decompresie artroscopică şi excizia rupturii radiale şi a oricărui menisc lezat.

Rupturi ligamentare, leziuni meniscale, dizlocarea rotulei p. 710.

Osteocondrita disecantă. Este necroza locală a cartilajului articular şi a osului subiacent, care poate duce la formarea unui fragment liber, detaşat de osul înconjurător – sau a unui lambou de os cu cartilaj. Cauza este necunoscută. Cel mai frecvent este afectată partea laterală a condilului femural medial. Sunt afectaţi adolescenţii şi adulţii tineri, şi poate apărea durere după efort, cu mărire de volum intermitentă a genunchiului. Poate surveni blocarea articulaţiei. Radiografiile arată soluţii de continuitate ale suprafeţei articulare. Tratamentul este la început de expectativă, putând surveni vindecarea spontană. Porţiunea afectată poate fi extirpată chirurgical (dacă nu s-a detaşat deja) pentru a preveni detaşarea, sau poate fi fixată pe loc; o alternativă este forarea unei găuri în fragment, în speranţa că formarea de ţesut fibros va fixa fragmentul, sau va umple soluţia de continuitate. Afecţiunea predispune la artroză.

Fragmente libere intraarticulare. Acestea produc blocarea genunchiului (când toate mişcările pot fi limitate, spre deosebire de blocarea datorată rupturilor de menisc, în care este limitată numai extensia), urmată de tumefacţie prin revărsat articular. *Cauze:* osteocondrita disecantă (până la 3 fragmente libere), artroza (≤ 10 fragmente libere), fracturi marginale ale suprafeţelor articulare (≤ 3 fragmente libere), sau condromatoză sinovială (> 50 fragmente libere). Dacă blocarea este o problemă, cel mai bine este ca fragmentele libere să fie extirpate. Aceasta se poate face artroscopic.

Bursita. Există 15 burse în jurul genunchiului. Cel mai frecvent afectate sunt: bursa prepatelară ("genunchiul de menajeră") în care tumefacţia deasupra rotulei antero-inferioare este datorată inflamaţiei şi lichidului din bursă, cauzate de fricţiune (îngenunchere); bursa infrapatelară (genunchiul de vicar – ei îngenunchează cu trunchiul drept), şi bursa semimembranoasă din fosa poplitee (un chist popliteu care diferă de "chistul Baker" care este o herniere a sinovialei articulare). Bursele prepatelare pot fi aspirate, în ele se poate injecta hidrocortizon pentru a evita recidivele, sau, în cazul persistenţei simptomelor, pot necesita excizie. Aspiraţia distinge bursita de fricţiune de bursita infecţioasă supurativă, care necesită drenaj chirurgical şi antibiotice, de ex. flocloxacilină 250 mg/6 h PO (doză pentru adulţi).

[1] J Cushnaghan 1994 *BMJ* i 753

Piciorul

"Să nu-ţi vină să crezi, dragă José, că atâta glorie încape într-un pantof"[1].

Examinarea gleznei La articulaţia tibiotalară sunt normale 25° de extensie (dorsiflexie) şi 30° de flexie. Inversia şi eversia sunt efectuate de articulaţiile subtalară şi mediotarsiană. Degetele trebuie să fie capabile de extensie între 60° şi 90°. Notează prezenţa calozităţilor. Examinează bolţile piciorului. Cere pacientului să ridice degetele de pe sol, şi apoi să stea pe vârfuri. Examinează mersul şi pantofii (modelul normal de uzură este medial sub bolta plantară, posterolateral la călcâi).

Pes planus. Bolta plantară este joasă. Poate exista un grad de deformaţie în valgus şi în eversie a piciorului. Picioarele plate sunt normale, când un copil învaţă să meargă. Bolta medială se dezvoltă în următorii câţiva ani. Dacă piciorul plat persistă, nu trebuie să se facă nimic dacă bolta medială se reface stând pe vârfuri. În majoritatea cazurilor este asimptomatic dar uneori este dureros (în special "piciorul plat spasmodic peronier" în care piciorul este eversat şi marginea medială a piciorului menţinută lipită de sol. Încercarea de a inversa piciorul posterior în aceste cazuri induce spasmul dureros al muşchilor peronieri). Exerciţiile, stimularea faradică a piciorului şi talonetele mediale în pantof pot să nu aducă mari beneficii. În cazul tipului spasmodic, pentru înlăturarea durerii poate fi necesară fuziunea piciorului posterior.

Pes cavus. Accentuarea bolţilor longitudinale ale piciorului poate fi idiopatică, sau asociată cu spina bifida sau cu poliomielita în antecedente. Poate apărea deformarea în gheară a degetelor, pentru că la mers greutatea este preluată de capetele metatarsienelor. Tratamentul conservator este reprezentat de căptuşirea inferioară a capetelor metatarsienelor pentru a uşura presiunea. Tratamentul operator poate implica eliberarea ţesuturilor moi (se detaşează ţesuturile ligamentare de calcaneu, se manipulează bolta, apoi se pune piciorul în gips) sau artrodeza pentru a îndrepta degetele. Dacă artroza oaselor tarsului este cauza durerii, acestea pot fi fuzionate.

Degete în ciocan. Sunt extinse la articulaţia metatarsofalangiană, hiperflectate la articulaţia PIP şi extinse la articulaţia DIP. Cel mai frecvent afectat este degetul II. Artrodeza la articulaţia PIP îndreaptă degetul; tenotomia tendoanelor extensorilor îl lasă plat.

Degete în gheară. Extinse la articulaţia metatarsofalangiană, dar flectate la articulaţiile PIP şi DIP; această deformare este datorată dezechilibrului dintre flexori şi extensori (de ex. după polio). Dacă degetele mai sunt mobile, este necesară o operaţie Girdlestone (operaţie de transfer flexori/extensori).

Hallux valgus. Degetul deviază lateral la articulaţia metatarsofalangiană. Pantofii ascuţiţi şi tocurile care forţează piciorul anterior înainte contribuie probabil la apariţia deformării. Presiunea articulaţiei metatarsofalangiene pe pantof duce la formarea de monturi. Artroza secundară la nivelul articulaţiei este frecventă. Pernuţele pentru monturi şi talonetele de plastic între haluce şi degetul II pot uşura durerea, dar deformările grave necesită operaţie. Sunt utilizate diverse operaţii. Partea medială a capului metatarsianului poate fi îndreptată; operaţia Keller extirpă jumătatea proximală a falangei proximale (artroplastie de excizie), lăsând un deget flasc; mai sunt utilizate osteotomia de deplasare a osului metatarsian; operaţia Layo (artroplastie cu excizia porţiunii distale a capului metatarsianului) şi artrodeza articulaţiei MTP.

---

[1] Gabriel Garcia Marquez 1989 *The General in his Labyrinth,* translated by Edith Grossman, Jonathan Cape, London, p 31

Piciorul dureros

► Examinează o amprentă plantară umedă (şi uzura de pe talpa pantofului) pentru a evalua anatomia funcţională a piciorului solicitat.[1] Multe din afecţiunile menţionate la pagina "piciorul" (p.720) pot fi dureroase. Alte cauze de durere sunt menţionate aici.

Hallux rigidus. Este artroza articulaţiei metatarsofalangiene. Mişcările în articulaţii sunt reduse şi dureroase. Poate apărea un inel osteofitic dorsal. Se tratează prin artrodeză sau operaţia Keller.

Tineri. Copiii se plâng rareori de durere a piciorului: dacă acuză dureri plantare gândeşte-te la un corp străin. Presiunea pantofului pe un navicular proeminent (sau uneori un os accesor), sau un os calcis proeminent postero-superior poate necesita corecţie chirurgicală. Osteocondrita (p. 730) oasele pot fi cauza (diagnostic radiologic). Boala Hohler afectează osul navicular; boala Freiberg capetele metatarsienelor; şi boala Sever este epifizita călcâiului. Uşurează presiunea prin talonete (sau uneori gips) până la dispariţia durerii.

Metatarsus primus varus. Este angularea metatarsianului I către linia mediană. Pacientul tipic este un adolescent. Afecţiunea poate fi familială. Dacă deformarea este mare, poate fi necesară osteotomia metatarsianului.

Unghii încarnate. Acestea pot afecta copiii sau adulţii. Halucele este cel mai frecvent afectat. Tăierea incorectă a unghiilor şi presiunea pantofilor predispun la creşterea laterală a unghiei în patul cărnos, care reacţionează prin formarea unui granulom. Apoi se supraadaugă deseori infecţia.

Tratamentul conservator implică introducerea de tampoane de vată muiate în alcool sub colţurile granulomului şi observarea creşterii unghiei (apoi tăierea ei dreaptă cu marginile dincolo de granulom). Infecţiile recidivante pot necesita operaţie – sunt utilizate rezecţia marginală a unghiei, extirparea unui lambou lateral al unghiei şi prevenirea creşterii acestuia prin ablaţia patului unghial (cu fenol sau chirurgicală) sau extirparea totală a unghiei.

Durerile piciorului anterior la adulţi (metatarsalgia) Creşterea presiunii pe capetele metatarsienelor produce dureri. Se tratează cu talonete. Tratamentul chirurgical pentru alte afecţiuni decât artrita reumatoidă dă rezultate imprevizibile. Alte cauze de metatarsalgie cuprind sinovita, fractura de sesamoid, şi traumatismul.

Fracturile de marş apar în diafiza metatarsienelor II sau III şi pot fi urmarea mersului excesiv pe jos. Tratamentul este de aşteptare. Dacă durerea este severă, poate fi util un pansament gipsat în aşteptarea vindecării.

Metatarsalgia Morton. Durerea se datorează presiunii unui neurom interdigital între metatarsiene. Durerea iradiază de obicei pe partea laterală a unui deget, şi pe partea medială a celui învecinat (de ex. degetele 3 şi 4). Tratamentul este excizia neuromului.

Durerea de călcâi. *Cauze:* **1** Maladii ale calcaneului; **2** Artroza articulaţiei subtalare; **3** Ruptura tendonului calcanean (p. 740); **4** Paratendinita calcaneană (sensibilitate mai profund de tendonul calcanean); **5** Bursita postcalcaneană (îngroşarea bursei de deasupra tuberozităţii calcaneene în partea posterioară a călcâiului). **6** Pernuţă calcaneană sensibilă (durere sub călcâi) şi **7** Fasciita plantară (durere sub calcaneul anterior). În afară de maladiile calcaneului şi ruptura de tendon, tratamentul conservator cum ar fi modificarea încălţămintei pentru a preveni fricţiunea poate fi util. Injecţiile locale cu corticoizi sunt utile în cazurile 4, 6 şi 7. Dacă tratamentul conservator nu ameliorează durerea din bursita postcalcaneană, bursa poate fi extirpată chirurgical.

---

[1] C Murray - Lesliw 1994 *Update* **48** 587

Osteomielita

Este infecţia osului. Incidenţa sa se reduce pe măsură ce standardele de viaţă cresc. Germeni frecvent întâlniţi: *Staph aureus* (cel mai frecvent microorganism în Marea Britanie), streptococi, *E. Coli, Proteus* şi *Pseudomonas*, în alte părţi: *Salmonella* (cu anemia falciformă) şi *Brucella*. Înainte de apariţia antibioticelor, 25% din cei afectaţi mureau şi alţi 25% rămâneau infirmi. Infecţia poate proveni de la furuncule, abcese sau instrumentarea tractului urinar. Deseori nu se găseşte nici o infecţie primară. Pacientul poate avea diabet sau imunitatea compromisă din altă cauză.

Trăsături clinice. Durere de partea afectată; refuzul mişcărilor, căldură şi sensibilitate la palpare de partea afectată; revărsat minor în articulaţiile învecinate, semne de infecţie sistemică. Toate semnele sunt mai puţin evidente la adulţi. Hemoculturi pozitive în 60%.

Osul vascular este cel mai afectat (de ex. în metafizele oaselor lungi – în special femurul distal, tibia superioară) la copii şi osul trabecular la adulţi. La copii, infecţia netratată provoacă moartea osului care se separă, formând un sechestru. Există o neoformaţie periostală de os (numită involucru) în jurul osului mort. Puroiul poate fi evacuat în spaţiile articulare sau fistulizat la piele.

Explorări. VSH ↑, CRP ↑, WCC ↑. Modificările radiologice nu sunt vizibile câteva zile, dar apoi apar opacitate şi scăderea densităţii osului afectat, urmată de reacţie sub-periostală şi, mai târziu, sechestru şi involucru. Osul trabecular infectat prezintă mai puţine modificări.

Tratament. Drenează abcesele şi extirpă sechestrele prin intervenţie chirurgicală deschisă. Se fac culturi din toate sechestrele. Tratament: flucloxacilină 250-500 mg/6h IV sau IM până la aflarea germenului şi sensibilităţii sale. Alternative terapeutice pentru adulţi sunt acidul fusidic sau clindamicina. Ciprofloxacina 500 mg/8-12h P.O. este indicată pentru osteomielita cu *pseudomonas*. La copiii sub 5 ani cauza poate fi *Haemophilus influenzae*, ampicilina sau co-trimoxazolul fiind tratamente de primă linie.

Complicaţiile osteomielitei. Artrita septică, fractură în os patologic, deformarea oaselor în creştere.

Osteomielita cronică. Tratamentul este chirurgical, cu extirparea sechestrelor şi chiuretarea cavităţilor. Poate fi indicat oxigenul hiperbar.[1,2] Administrează antibiotice (ca mai sus) ≥ 12 săptămâni.

Complicaţii: amiloidoză, dezvoltarea unui epiteliom spinocelular în traiectul fistulos.

Abcesul Brodie. Acest abces înconjurat de os scleros este datorat unor germeni cu virulenţă scăzută. Tratamentul este chiuretarea.

Infecţia TBC a osului. Cel mai frecvent sediu este un corp vertebral (p. 706) sau în asociere cu articulaţiile. Durerea, tumefacţia şi formarea unui "abces rece" sunt semne frecvente. În cazul afectării articulare apar dureri, tumefacţie, dureri la mişcare şi atrofie musculară. *Explorări:* Modificări radiologice: rarefacţie osoasă, eroziuni, tumefacţia ţesuturilor moi (abces). VSH, Test Mantoux pozitiv. Puroiul aspirat este cremos şi pozitiv în culturi. *Tratament:* drenează abcesele, imobilizează articulaţiile mari afectate, chimioterapie (vezi MMC, p. 180).

În cazul distrucţiilor articulare majore, este necesară artrodeza tardivă.

---

[1] E Kindwall 1993 *BMJ* ii 516

[2] UK phone number for chambers: 01705 822351

Tumori osoase

Tumorile se manifestă prin dureri, tumefacţie sau fracturi în os patologic. Osul este un sediu frecvent al metastazelor altor tumori (de ex. sân, bronhii, tiroidă, rinichi şi prostată). Tumorile maligne osoase primare rare, în total numai 6/milion populaţie/an. Toate se manifestă prin dureri nonmecanice (ca durerea de dinţi) urmate mai târziu de tumefacţie. Întârzierile în punerea diagnosticului sunt frecvente. Caracteristicile radiologice ce sugerează tumori osoase cuprind: distrucţii osoase, neoformare de os, tumefacţia ţesuturilor moi şi periostoză. Metastazele sunt hematogene şi apar de obicei mai întâi în plămâni. Tratamentul acestor tumori rare şi foarte agresive este cel mai bine efectuat în centre specializate de tratament multidisciplinar.

Tumora cu celule gigante (osteoclastom). Cel mai frecvent la adulţii tineri, aceste tumori apar întotdeauna în jurul unei epifize (mai ales genunchiul). Tumorile sunt osteolitice şi lent progresive, ducând uneori la fracturi în os patologic. Tratamentul constă în chiuretarea detaliată şi minuţioasă, cu vindecare în 75%. Recidivele sunt tratate de obicei prin excizie largă. Deşi histologic benigne, ele pot avea un comportament biologic malign, iar metastaze apar în 1%.

Sarcomul Ewing. Această tumoră malignă cu celule rotunde apare în oasele lungi (tipic diafiza) şi în centurile membrelor, de obicei la copii. Radiografiile arată deseori o masă de ţesut moale, de dimensiuni mari, cu straturi concentrice de neoformare osoasă (semnul "foii de ceapă"). În mod tipic, cei cu sarcom Ewing au o translocaţie cromozomială t11:22. Chimioterapia, rezecţia osului afectat şi chirurgia de salvare a membrului sau radioterapia vindecă aproximativ jumătate din pacienţi. Prezentarea cu metastaze mari implică un prognostic prost.

Osteosarcomul. Osteosarcomul primar afectează tipic adolescenţii şi apare către capetele oaselor lungi (frecvent la nivelul genunchiului) în metafiză. Osteosarcoamele secundare pot apărea în os afectat de boala Paget sau după iradiere. Radiografiile arată distrucţie osoasă şi neoformare de os, deseori cu periostoză marcată (spiculi în raze de soare şi respectiv triunghiul lui Codman). Tratamentul este reprezentat de chimioterapie, urmată de rezecţia chirurgicală a tumorii. Este realizabilă o rată de vindecare de 50-60%. Tratamentul viguros al metastazelor dă rezultate.

Condrosarcomul. Aceste neoplazii pot apărea *de novo* sau prin transformarea malignă a condroamelor. Apărute tipic la vârsta mijlocie, ele se manifestă de obicei ca o masă cu creştere lentă în dimensiuni, producând uneori simptome de compresiune. "Calcificarea de vată" este un semn radiologic tipic. Aceste tumori nu răspund la chimioterapie sau radioterapie, aşa încât tratamentul este excizia chirurgicală. Excizia incompletă este urmată de recidive locale, deseori cu un grad mai înalt de malignitate. Rata globală a vindecării este 70%.

Tumori osoase

Histiocitomul fibros malign. Cea mai rară dintre tumorile osoase primare, apare la vârsta mijlocie, deseori pe locul unor anomalii osoase anterioare (de ex. infarcte osoase). Tratamentul este acelaşi ca pentru osteosarcom.

Cordoame. Aceste tumori se dezvoltă din rămăşiţele notocordului în coloana vertebrală şi sunt cel mai frecvente în sacru. Ele ating deseori dimensiuni mari înaintea diagnosticului şi se pot prezenta cu semne neurologice de disfuncţie urinară sau digestivă. Excizia chirurgicală radicală este strict necesară pentru vindecare.

Reconstrucţia chirurgicală. (după excizia unei tumori osoase) implică înlocuirea osului afectat cu o endoproteză din metal şi polietilenă -ca alternativă la amputaţie. Este posibilă o reconstrucţie excelentă şi durabilă, cu ajutorul unor endoproteze masive sau allogrefe osoase. Astăzi pot fi salvate 85% din membrele pacienţilor în urma chimioterapiei pentru tumori osoase primare.

Osteomul osteoid. Aceste tumori benigne apar cel mai frecvent în oasele lungi ale tinerilor de sex masculin între 10-25 ani. Ele pot cauza dureri severe (care răspund la aspirină). Aspectul radiologic este de scleroză corticală locală. *Tratament:* excizie locală.

Condromul. Sunt tumori benigne cartilaginoase se pot dezvolta la suprafaţa osului sau în măduvă (encondroame). Pot cauza tumefacţii locale sau fracturi. *Tratamentul* este rareori indicat.

Osteocondromul. (Autosomal dominant). Cel mai frecvent tip de tumoră benignă, se dezvoltă din metafizele osoase sub formă de excrescenţe rotunde. *Tratamentul* este rareori indicat. Atât condroamele, cât şi osteocondroamele nu degenerează malign decât rareori. (Suspectează o neoplazie dacă apar dureri.)

Displazia fibroasă a osului. Vezi sindromul McCune-Albright, p. 845.

Mulţumim D-lui RJ Grimer FRCS pentru asigurarea materialului pentru această pagină.

Afecţiuni congenitale ale osului

Osteogenesis imperfecta. O maladie genetică a colagenului, ce duce la formarea de oase fragile. Indivizii afectaţi au oase fragile, casante. Sunt 4 tipuri:

I Sclere albastre cu surditate, dar deformări mici (sinteză defectuoasă a colagenului de tip I, autosomal dominant).
II Formă letală perinatală cu fracturi multiple şi nanism.
III Fracturi la naştere cu deformări progresive. Sclere albe, deseori; dentino-genesis imperfecta frecventă (emailul se separă de dentina defectuoasă, lăsând dinţii transparenţi sau decoloraţi, recesiv).
IV Oase fragile, sclere albastre, autosomal dominant.

Radiografiile arată fracturi multiple, oase translucide, un pelvis trifoliat şi oase worniene (zone neregulate de osificare). Examinarea microscopică a osului arată un os imatur, neorganizat, lipsit de cortexul normal. *Tratament:* Prevenirea traumatismelor. Pentru corectarea deformărilor se pot face osteotomii. Tijele intramedulare sunt uneori utilizate în oasele lungi.

Acondroplazia. Un defect ereditar al cartilajului pre osos reduce creşterea osului cartilaginos (creşterea osului membranos este normală). La naştere, copiii afectaţi au capul mare, lungimea trunchiului normală, membre scurte şi degetele toate de aceeaşi lungime. Adulţii au nanism cu accentuarea lordozei lombare, picioare în O, braţe şi picioare scurtate proximal. *Radiografiile* arată oase scurte cu epifize largi.

Craniocleidodisostoza. Indivizii afectaţi au faţa plată, craniul globulos, lipsa claviculelor, şi un perineu larg dacă au coxa vara. *Radiografiile* arată o sutură osoasă frontală pe linia mediană, lipsa claviculelor, o simfiză pubiană largă şi coxa vara. Coxa vara poate fi corectată prin osteotomie dacă este necesar. Speranţa de viaţă este normală.

Aclazia diafizară. Cuiburi de cartilaj, deplasate din placa cartilajului epifizar, dau naştere unor multiple exostoze acoperite de cartilaj (osteocondroame). Oasele lungi ale membrelor sunt cel mai frecvent afectate. În formele severe, oasele sunt largi şi prost modelate. Tumefacţiile osoase din jurul articulaţiilor pot interfera cu funcţionarea tendoanelor. Rareori exostozele suferă transformare malignă.

Osteocondrodistrofia. Atât osificarea cât şi creşterea cartilajului pre-osos sunt defectuoase. Indivizii afectaţi sunt normali la naştere sau mai târziu au gâtul scurt, deformări în flexie ale şoldurilor şi genunchilor şi cifoza coloanei lombare. *Radiografiile* arată: cifoză, oasele membrelor inferioare scurte şi groase; vertebre aplatizate; acetabul cavernos şi creşterea excesivă a radiusurilor. Speranţa de viaţă este normală.

Boala Ollier (Encondromatoza multiplă, discondroplazia). Cuiburi de celule cartilaginoase, deplasate din placa cartilajului epifizar în metafize, persistă sub formă de encondroame. Oasele mici ale mâinilor şi picioarelor, tibia superioară şi femurul inferior sunt cel mai frecvent afectate. Encondroamele apar radiologic ca tumefacţii translucide. Rareori se transformă malign.

Osteopietroza. Lipsa diferenţierii între corticala şi medulara osoasă duce la apariţia de oase foarte dure, dense, "de marmură" care sunt fragile. Diminuarea spaţiului medular poate duce la anemie şi trombocitopenie.

Compresia nervilor cranieni poate duce la surditate şi atrofie optică.[1]

Vezi şi Neurofibromatoza (MMC, p. 474), Ehler's-Danlos (p. 840) şi sindromul Marfan (MMC, p.704).

---

[1] RE Schroeder 1992 *Paediatrics* 90 988

Osteocondrita

Osteocondrita juvenilă (osteocondroza) este o afecţiune de origine necunoscută, în care centrele de osificare ale copiilor şi adolescenţilor devin temporar moi, ducând la deformări secundare compresiunilor. După o perioadă de timp variabilă (deseori aproximativ 2-3 ani) osul se întăreşte din nou, în noua sa formă, defectuoasă.

Manifestări clinice. Vârsta la care apar aceste modificări depinde de osul afectat, şi este de obicei momentul dezvoltării nucleului osos. Simptomul principal este durerea locală. Modificări *radiologice:* creştere iniţială a densităţii nucleului osos; urmată de un aspect pestriţ (pe măsura resorbţiei osului afectat) şi aplatizare; apoi textura normală revine, dar deformarea se menţine. Consecinţa pe termen lung este artrita degenerativă.

Denumirea osteocondritei	*Zona afectată*
Boala Perthe (p. 710)	Şold
Boala Scheuermann	Epifizele inelelor vertebrale
Boala Köhler	Osul navicular
Boala Kienböck	Osul lunat (la adulţi)
Boala Freiberg	Capul metatarsianului II sau III

Tratament. Deseori nu este necesar, dar articulaţiile mari pot necesita protecţie (de ex. cu un pansament gipsat).

Boala Scheuermann. Afectează pe cei în vârstă de 13-16 ani. Este afectată osificarea normală a epifizelor mai multor vertebre toracice. Forţele deformante sunt maxime la marginea anterioară a vertebrelor, astfel încât vertebrele sunt mai înguste anterior, rezultând cifoza. În faza activă a bolii, vertebrele pot fi sensibile la palparea fermă. Radiologic sunt vizibile incizuri profunde pe marginile anterioare ale vertebrelor. Mai târziu apare îngustarea spaţiului discal anterior.

Tratament: Dacă tratamentul simptomatic nu are efect, încearcă un pansament gipsat (de ex. pentru 8 săptămâni, în cazurile severe); de asemenea fizioterapie. Centurile spinale sunt rareori necesare.

Boala Köhler. Copiii afectaţi au între 3-5 ani. Au dureri în regiunea mediotarsală şi şchioapătă. Poate exista sensibilitate la palparea navicularului. *Radiografiile* sunt diagnostice, arătând un os dens, deformat. *Tratament:* simptomatic, repausul piciorului sau purtarea unui gips la mers.

Boala Kienböck. Apar dureri la nivelul osului lunat, în special în timpul mişcărilor active ale pumnului. Priza manuală este defectuoasă datorită durerii. *Radiografiile* sunt diagnostice, arătând la început un os lunat dens, cu o mică reducere a profunzimii, mai târziu, aplatizare mai marcată. Consecinţa este artroza. *Tratament:* în stadiile precoce, maladia poate ceda la imobilizarea pumnului timp de 3 luni, în stadiile active;

poate fi excizat osul lunat şi implantată o proteză; odată instalată artroza, excizia osului lunat este inutilă.

Boala Freiberg. Poate fi clasificată ca o osteocondrită disecantă (p. 732). *Radiologic:* epifiza capului unui metatarsian devine granulară, fragmentată şi aplatizată. *Tratament:* extirparea precoce a osului afectat, cu grefă osoasă şi utilizarea unui gips la mers. Dacă deformarea este deja instalată, tratamentul se rezumă la observare.

Afecţiuni asemănătoare cu osteocondrita

Boala Calvé. Este mai puţin frecceventă decât boala Scheuermann. Este afectată o singură vertebră, fiind lezat nucleul central. Histologia vertebrei afectate poate demonstra granuloame eozinofilice. Sunt afectaţi copiii între 2 şi 10 ani. Se simte durere şi sensibilitate la palpare deasupra vertebrei afectate (de obicei toracică) şi poate apărea o uşoară cifoză. *Radiografiile* arată un disc dens, aplatizat, cu păstrarea spaţiului discal. *Tratamentul* este simptomatic (repausul la pat poate ameliora durerea).

Boala Osgood-Schlatter. Apofizita tuberozităţii tibiale afectează copiii între 10-14 ani. Durerea este simţită în faţă şi sub genunchi, agravată de efortul fizic susţinut şi contracţia cvadricepsului (ridicarea la verticală a membrului inferior contra unei rezistenţe). Tuberculul tibial este proeminent şi sensibil la palpare. *Radiografiile* arată hipertrofia (± fragmentarea) tuberozităţii tibiale. Se crede acum că la baza bolii stă suprasolicitarea tuberozităţii tibiale în timpul dezvoltării sale. *Tratament:* această boală autolimitată necesită numai tratament simptomatic (pansament gipsat de la rădăcina coapsei la maleole timp de 2 luni, dacă durerea este severă).

Boala Sinding Larsen. Este apofizita de tracţiune a polului inferior al patelei. Simptomele şi tratamentul sunt similare cu ale bolii Osgood-Schlatter (mai sus), dar debutul tinde să survină cu 1-2 ani mai devreme.

Boala Sever. Această apofizită calcaneană este probabil datorată suprasolicitării inserţiei tendonului lui Ahile. Cei afectaţi au între 8 şi 13 ani. Durerea este simţită în spatele călcâiului. Poate şchiopăta. Apare sensibilitate la palparea deasupra tuberozităţii calcaneene postero-inferioare. *Radiografiile* sunt deseori normale. *Tratament:* boala este autolimitantă dar un gips de mers sub genunchi poate ameliora durerea.

Osteocondrita disecantă. Vezi p. 718 pentru osteocondrita genunchiului. Alte localizări: cot, şold, gleznă, talus. Când un segment de cartilaj şi os subcondral devine avascular şi se separă de osul subiacent, se formează un corp liber (cu diametrul între 1-3 cm) de la nivelul unei suprafeţe articulare convexe. Adolescenţii sau adulţii tineri resimt dureri precoce şi revărsate după efort şi blocare bruscă şi dureroasă a articulaţiilor, odată ce fragmentele s-au separat şi au devenit libere. *Radiografiile* pot arăta o zonă translucidă în jurul fragmentului în curs de separare, lipsa de substanţă rămasă şi fragmentul liber intraarticular după separare. *Tratamentul:* expectativă. Fragmentele libere sunt extrase din articulaţie.

Necroza avasculară (osteonecroza). De obicei este afectat capul femural, dar pot fi afectaţi şi genunchii şi umerii. *Radiografiile* arată un os scleros sau poros datorită infarctului, colapsului suprafeţei articulare şi fragmentelor osteocondrale. *Cauze:* traumatism (de ex. fractura colului femural); secundară artritei reumatoide, artrozei severe, artropatiei psoriazice sau neuropatiei articulare; cauze sistemice – thalasemie, anemia falciformă, corticoterapie (de ex. după transplant renal), boala Cushing, lupusul eritematos sistemic, sclerodermia, endocardita infecţioasă, alcoolismul, arsurile întinse, iradierea, diabetul zaharat şi accidentele de scufundare (p. 908). *Tratamentul* este: imobilizarea articulaţiei, analgezie şi, pentru şold, artroplastie.

Protezări articulare

Protezările articulare sunt utilizate de 30 ani. În fiecare an, în Marea Britanie sunt înlocuite 40 000 şolduri, şi 15 -20 000 genunchi (genunchii ar putea depăşi în curând şoldurile).

Protezarea şoldului. Indicaţia operatorie uzuală este durerea (operaţia pentru diformitatea fixată în flexie, care afectează mersul, are mai puţin succes). Din cele 30 000 operaţii făcute anual, 75% au ca scop înlocuirea şoldurilor artrozice. Aceşti pacienţi sunt de obicei vârstnici. Artrita reumatoidă este următoarea indicaţie în ordinea frecvenţei (pacienţii au în general 30-40 ani). Alte afecţiuni care pot necesita protezare sunt: necroza avasculară a capului femural, luxaţia congenitală de şold, fractura de col femural.

Există diverse proteze disponibile, dar majoritatea au o componentă femurală metalică, cu un cap intramedular menţinut de obicei în poziţie cu un ciment osos, şi o componentă acetabulară de plastic. În 90% din cazuri, operaţia are succes imediat. Complicaţiile precoce cuprind: dizlocarea (0,5-3%) şi infecţia profundă (1%). Infecţia profundă este o catastrofă şi, deşi schimbarea protezei cu utilizarea unui ciment încărcat cu antibiotice este posibilă, poate fi necesară o artroplastie excizională Girdlestone. O mică proporţie de implante nu reuşeşte să formeze o interfaţă satisfăcătoare cu osul.

Problemele mai tardive, de slăbire a fixării sau infecţie, sunt anunţate de dureri. Dacă radiografiile simple sunt concludente în privinţa slăbirii fixării, scintigrafiile cu stronţiu sau techneţiu pot arăta creşterea activităţii osoase. Suspiciunea de septicemie trebuie investigată prin formula leucocitară, VSH şi scintigrafie cu galiu. Scintigrafiile nu sunt sigure în primele 8 luni de la operaţie. Artroplastia de revizuire este mai eficace în cazul slăbirii fixării decât al infecţiei. La 9-10 ani postoperator, 11% din implante au fost revizuite. Recomandarea protezării la cei în jurul vârstei de 60 de ani, care probabil vor suprasolicita proteza, trebuie făcută cu prudenţă. Greutatea în exces trebuie pierdută, pentru că şi ea contribuie la suprasolicitare. Protezarea precoce este recomandată pentru articulaţiile reumatice, care tind să fie afectate major la vârste mai tinere – iar întârzierea excesivă poate duce la operaţie pe un os foarte rarefiat, osteoporotic.

Protezarea genunchiului. Genunchiul este o articulaţie mai complicată decât şoldul, iar designul protezelor s-a modificat mult, de la mecanisme -balama cu tije lungi, până la protezele articulare cu tije scurte favorizate astăzi. Indicaţii pentru protezarea genunchiului: durere de repaus, durere care nu permite somnul, sau care imobilizează la domiciliu. Durerea se corelează slab cu semnele radiologice. Rata de succes: 95%. Supravieţuirea articulaţiei: 90% în ultimii 15 ani (mai bună decât pentru şolduri).[1] Ratele de revizuire sunt similare.

Alte articulaţii. Sunt utilizate cu succes proteze în articulaţiile degetelor reumatice. Protezele de cot încep să fie realizabile cu succces. Ratele de succes ale protezelor de umăr încep să se apropie de cele ale protezelor de genunchi.

Prevenirea trombozelor. TVP survine în >2/3 din intervenţiile ortopedice majore. Dozele mici de heparină înjumătăţesc rata TVP şi scad riscul de embolie pulmonară (EP) fatală cu 2/3. Dacă se utilizează heparină cu greutate moleculară mică (5 000 daltoni) (dalteparină, enoxaparină, tinzaparină) în loc de heparină obişnuită (13 000 daltoni), rata TVP şi EP (fatală şi non-fatală) scade şi mai mult (de la 2,3% la 1,4% pentru EP). ES: sângerare (la nivelul intervenţiei chirurgicale, intracraniană, retroperitoneală). CI: sângerare necontrolată/risc de sângerare (de ex. ulcer peptic); endocardită, copii. Exemplu de dozare: dalteparină 2 500 u 2h preop. şi la 12h postop., apoi 5000u o dată /zi timp de 5 zile.[2,3]

---

[1] J Noble 1991 *BMJ* ii 262

[2] *Drug Ther Bul* 1993 **31** 37 1780

[3] TF Imperiale 1994 *JAMA* **271**

Infiltrarea şi aspiraţia articulaţiilor

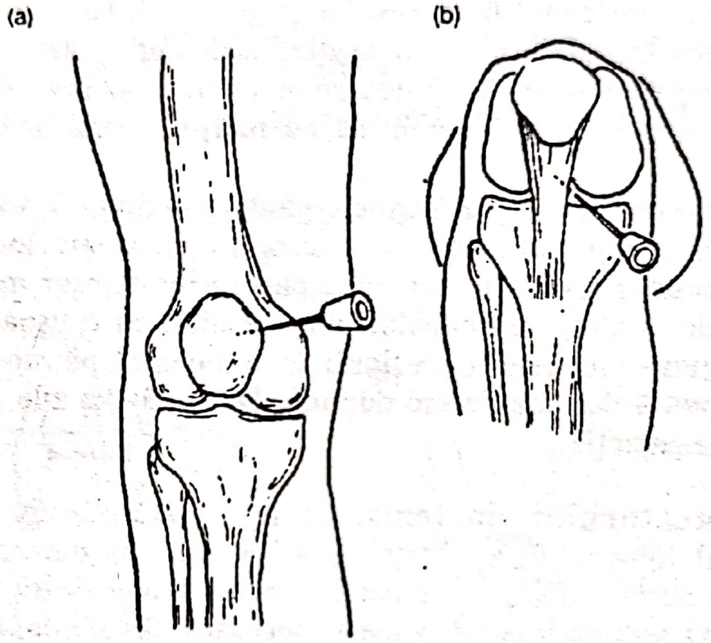
Aspiraţia articulară. Poate fi utilizată în scop diagnostic pentru a decela sânge, cristale sau puroi. În scop terapeutic este utilizată pentru: revărsate compacte, revărsate septice sau hemartroze. Injectarea intraarticulară de substanţe de contrast este efectuată pentru artrografia diagnostică.

Infiltraţii cu corticoizi. Injectarea locală de corticoizi în articulaţiile, bursele sau tendoanele inflamate are o importantă acţiune antiinflamatorie locală, cu ameliorarea durerii. ► *Este esenţial ca corticosteroizii să nu fie utilizaţi în stări septice* şi, dacă există un dubiu cât de mic, va fi aşteptat rezultatul culturii lichidului sinovial. Posibilitatea sinovitei tuberculoase nu trebuie uitată – în special în populaţia imigrantă. Sunt disponibile diverse preparate cu corticoizi. Trei dintre acestea sunt hidrocortizonul acetat (cel mai ieftin, cu durata de acţiune cea mai scurtă), metilprednisolonul şi triamcinolonul. Ele pot fi utilizate în amestec cu lignocaină 1%. Când se injectează triamcinolon în jurul unor tendoane scurte, se preferă doza de 10 mg celei de 40 mg, după cea din urmă fiind raportată ruptura tendonului. În ciuda bunelor noastre intenţii, injecţiile "intraarticulare" nu-şi ating deseori ţinta (50% într-un studiu în care s-a injectat şi substanţă de contrast); cele care nu-şi ating ţinta nu au acelaşi succes în ameliorarea simptomelor.[1]

Afecţiuni care răspund deosebit de bine la infiltraţiile cu corticoizi. Bursita subdeltoidiană localizată, tendinita supraspinosului, infraspinosului şi subcapsularului, artrita umărului; cotul jucătorului de tenis şi golf, artrita cotului şi a articulaţiilor radio-ulnară, acromioclaviculară şi sternoclaviculară, ganglioni; degete în trăgaci; suprasolicitarea ligamentelor colaterale şi încrucişate ale genunchiului; tendinita suprapatelară, infrapatelară şi ahiliană; fasciita plantară, artrita traumatică a articulaţiilor metatarsofalangiene şi sesamo-primo-metatarsiene.[2]

Pregătire. Asigură tampoane, ace şi flacoane sterile. Pentru aspiraţia de lichid vâscos (de ex. hemartroză) foloseşte un ac de calibrul 19 (alb). Pentru articulaţiile mai mari utilizează un ac de calibrul 21 (verde) şi pentru degetele de la mâini şi picioare un ac de calibrul 23 (albastru). Localizează cu atenţie marginile articulaţiei înainte de dezinfectarea cu clorhexidină 5% în alcool sau cu alcool chirurgical, iar odată pielea dezinfectată, utilizează o asepsie scrupuloasă sau nu o mai atinge. Probele pentru microbiologie trebuie trimise în flacoane sterile, cele pentru citologie sau cristale în flacoane heparinizate sau pentru HC.

Articulaţia genunchiului. Pacientul este întins, cu genunchiul sprijinit în flexie uşoară şi muşchii relaxaţi. Palpează spaţiul articular în spatele rotulei, medial sau lateral. Introdu acul orizontal între rotulă şi femur. Se simte o uşoară rezistenţă la traversarea membranei sinoviale; trebuie să fie posibilă aspiraţia de lichid, iar injectarea de lichid trebuie să meargă uşor. Doze uzuale: 50 mg hidrocortizon acetat, 40 mg metilprednisolon, 20 mg triamcinolon hexacetonid. Repetarea injecţiilor trebuie să fie făcută la intervale de cel puţin 3 luni. Dacă indicaţia injecţiilor este bursita prepatelară, se injectează 25 mg hidrocortizon acetat în locul cel mai dureros.



(a) Genunchiul drept, întins (vedere anteromedială), (b) Genunchiul drept, flectat (vedere anteromedială infrapatelară). (Reprodus cu amabila permisiune din M. Crawley 1974 *Br. J. Hosp. Med.*, **11**, 747-55).

---

[1] A Jones 1993 *BMJ* ii 1329

[2] J Cyriax 1980 *Textbook of Orthopaedic Medicine* (Vol. 2), 10 edn, Baillière Tindall

Infiltraţii articulare – continuare

Injecţia în gleznă
Aşează piciorul în uşoară flexie plantară, palpează marginea articulaţiei între extensorul lung al halucelui (lateral) şi tibialul anterior (medial), chiar deasupra vârfului maleolei mediale. Injectează în articulaţie 25 mg de hidrocortizon acetat.

Injecţia în umăr. *Abordare anterioară* (pentru aspiraţie, sinovită, umăr îngheţat): aşează pacientul cu braţul relaxat pe lângă trunchi. Palpează spaţiul dintre capul humerusului şi glenoidă, cam la 1 cm sub procesul coracoid. Introdu un ac în spaţiul articular (pătrundere în spaţiul articular aproape pe toată lungimea acului verde) şi injectează 25-50 mg hidrocortizon acetat. NB: fii atent să nu mergi medial de procesul coracoid.

Abordare laterală: (bursită subacromială, sindromul arcului dureros), injectează 25-50 mg hidrocortizon acetat cu anestezie locală chiar sub marginea laterală a acromionului, îndreptat în jos şi uşor medial. Dacă se retrage acul de la atingerea capului humerusului, cu o uşoară presiune pe piston, se simte o scădere a presiunii în momentul pătrunderii în bursă. Poate fi reprodusă durerea de arc dureros. După câteva zile, poate fi necesară o a doua injecţie.

Cotul jucătorului de tenis. Se injectează 25 mg hidrocortizon acetat cu 1ml lignocaină, cu forţă, în zona cea mai dureroasă, deasupra condilului humeral lateral, schimbând direcţia acului de mai multe ori în josul osului. O a doua injecţie poate fi necesară, de ex. după 2 săptămâni. Avertizează pacientul că simptomele se pot agrava pentru scurt timp după injecţie. (Evită triamcinolonul şi Depo-Medrone®, injecţia fiind superficială, necroza steroidiană poate reprezenta un pericol).

Injecţia în cot. Cu cotul flectat la 90°, injectează 25 mg hidrocortizon acetat între capul proximal al radiusului (localizat prin rotirea mâinii pacientului) şi epicondilul lateral, prin abordare laterală (cu acul la 90° faţă de piele), sau posterior între olecran şi epicondilul lateral.

Tendinita bicipitală. Se simte durere la palparea tendonului la rotaţia externă a braţului. Introdu un ac paralel cu tendonul (dacă apare rezistenţă, acul este în tendon: retrage puţin) şi injectează 25 mg hidrocortizon acetat în teaca tendinoasă şi 25 mg în articulaţie.

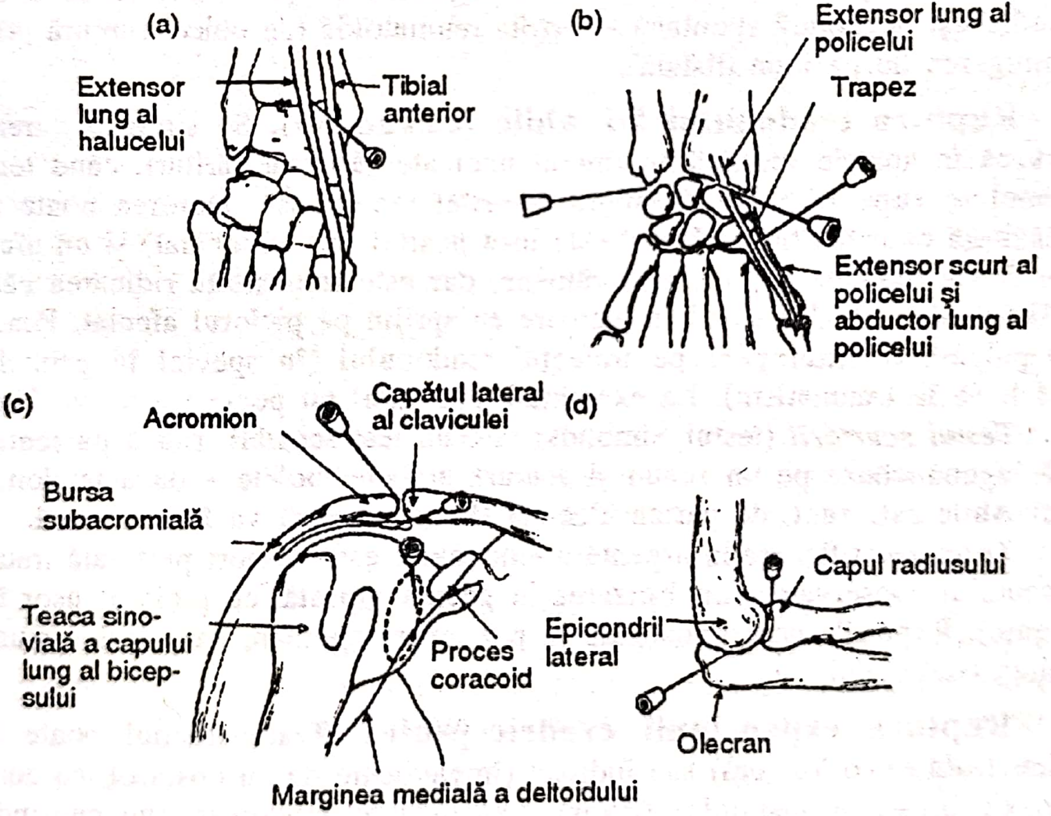
Injecţia în articulaţia pumnului. Injectează 25 mg hidrocortizon acetat la 1-1,5 cm profunzime, între tendoanele extensorilor degetelor IV şi V, între capul ulnei şi osul lunat.

Tenosinovita de Quervain. Tenosinovita tendoanelor extensorului scurt al policelui şi abductorului lung al policelui apare de obicei la trecerea lor prin retinaculul extensorilor, pe faţa dorsală a pumnului. (De obicei se palpează o tumefacţie dureroasă). Vezi p. 696. Cu acul aproape paralel de piele, injectează lent 25 mg hidrocortizon acetat în centrul umflăturii. Dacă acul este în tendon, injectarea este dificilă, aşa încât retrage acul până când curgerea devine uşoară.

Tunelul carpian. Injectează 25 mg hidrocortizon acetat perpendicular pe piele, prin pliul cutanat transvers distal al suprafeţei palmare a mâinii, mai aproape de osul cu cârlig decât de trapez.

Degetul trăgaci. Introdu acul în pliul cutanat digital proximal, paralel cu tendonul flexorului, cu vârful îndreptat către palmă. Palpează în palmă îngroşarea tendonului şi continuă ca pentru tenosinovita de Quervain.

Prima articulaţie carpometacarpiană a policelui. Evitând artera radială, injectează 25 mg hidrocortizon acetat la baza metacarpianului I, la 1 cm adâncime în tabachera anatomică (îndreaptă vârful către baza degetului mic).


(a)
Extensor lung al halucelui
Tibial anterior
(b)
Extensor lung al policelui
Trapez
Extensor scurt al policelui şi abductor lung al policelui
(c)
Acromion
Capătul lateral al claviculei
Bursa subacromială
Teaca sinovială a capului lung al bicepsului
Proces coracoid
Marginea medială a deltoidului
(d)
Capul radiusului
Epicondril lateral
Olecran

a) Vedere dorsală a gleznei drepte indicând reperele anatomice. b) Vedere dorsală a pumnului drept indicând reperele anatomice. c) Diagramă a umărului drept, văzut anterior. Zonele haşurate indică membranele sinoviale ale bursitei subacromiale şi articulaţii glenohumerale. d) Cotul drept, flectat: zona haşurată este membrana sinovială). (Reprodus cu amabila permisiune a M Crawley, 1974, *Br.J.Hosp.Med.*, **11**, 747-55).

Tendoanele

Afecţiunile tendinoase care pot pune probleme ortopedice sunt rupturile de tendoane sau tenosinovita (care poate fi infecţioasă sau inflamatorie). Cele mai frecvente rupturi sunt cele ale tendoanelor extensorilor degetelor, tendonului lui Ahile, tendonului capului lung al bicepsului (p. 692), al supraspinosului (p. 692) şi a expansiunii cvadricepsului.

Ruptura tendoanelor extensorilor degetelor. Extensorii lungi, care se inseră pe falanga distală, sunt deosebit de predispuşi la ruptură traumatică, ducând la apariţia degetelor "în nicovală" sau "de baseball". Degetul afectat este imobilizat timp de 3-6 săptămâni (în extensie). Dacă tendonul nu se reataşează spontan de os, se pune problema alegerii între a trăi cu această deformare şi reparaţia chirurgicală. Extensorul lung al policelui se poate rupe ca o complicaţie a fracturilor inferioare de radius.

Tratament: Reparaţia este efectuată cu ajutorul capătului inferior al tendonului extensorului indicelui, căruia i se modifică traseul şi este suturat de tendonul distal al policelui (extensorul policelui fiind prea dilacerat pentru a fi reparat direct). Extensorii degetelor IV şi V sunt deosebit de predispuşi la ruptură spontană în artrita reumatoidă (de obicei ruptură prin smulgerea de pe ulna distală).

Ruptura tendonului lui Ahile (calcanean). Se simte o durere bruscă în spatele gleznei, în timpul unei alergări sau sărituri, când tendonul se rupe la 5 cm deasupra inserţiei tendinoase. Durerea poate fi resimţită ca o lovitură. Mersul este încă posibil (cu şchiopătat) şi un grad de flexie plantară a piciorului rămâne, dar este imposibilă ridicarea călcâiului de pe podea stând în picioare cu sprijin pe piciorul afectat. Poate fi palpată o întrerupere pe traiectul tendonului (în special în primele 24 h de la traumatism). La examinare pacientul nu poate sta pe vârfuri.

Testul scurtării (testul Simonds) este un test sensibil: roagă pacientul să îngenuncheze pe un scaun şi scutură ambele molete – dacă tendonul lui Ahile este rupt, de partea afectată flexia plantară va fi mai slabă.

Tratament: Reparaţia urgentă a tendonului este deseori preferată tratamentului conservator (imobilizarea în gheată gipsată, cu piciorul uşor în equin). Rupturile nediagnosticate se pot repara spontan, dar survine alungirea tendonului.

Ruptura expansiunii cvadricepsului. Traumatismul poate fi direct (de ex. o lovitură) sau indirect (împiedicare de un obstacol, cu contracţie bruscă a aparatului flexor). Expansiunea cvadricepsului cuprinde şi rotula şi se inseră pe tuberculul tibial prin tendonul rotulian.

Tratament: Ruptura poate avea loc în zona inserţiei cvadricepsului pe rotulă, prin rotulă în fracturi (dacă reducerea este posibilă, este fixată cu fire şi şuruburi, dacă nu, se excizează rotula şi se repară tendonul), sau prin smulgerea tendonului rotulian de pe tuberculul tibial (la pacienţii tineri, tendonul rupt poate fi resuturat). După reparaţie, se poartă timp de mai multe săptămâni un cilindru de gips, apoi este necesară o fizioterapie intensivă pentru restabilirea funcţionalităţii genunchiului.

Tenosinovita. Tendoanele şi sinoviul care le înconjoară se pot inflama local (posibil datorită solicitării) cauzând dureri (de ex. tendinita supraspinosului şi tendinita bicipitală p. 692, De Quervain p. 696). Sinovita acută de fricţiune a articulaţiei pumnului este un alt exemplu, cu tumefacţie la nivelul extensorilor pumnului şi policelui.

Tratament: În acest din urmă caz, mâna este imobilizată timp de 3 săptămâni (cu degetele lăsate libere) pentru ca inflamaţia să aibă timp să cedeze.

Sindroame de compresie nervoasă

Pentru leziunile plexului brahial şi ale nervilor periferici, vezi p. 818, 746 şi 814.

Sindromul de tunel carpian. Este datorat compresiei nervului median la trecerea pe sub retinaculul flexorilor. Sarcina, contraceptivele orale, menstruaţia, mixedemul, fractura osului lunat (rară), artrita reumatoidă sau insuficienţa cardiacă pot toate ↑ compresia. *Caracteristicile clinice* sunt următoarele:

- Paresteziile sau dureri în police, index şi medius.
- Când durerea este maximă, pacientul mişcă sau scutură caracteristic articulaţia pumnului pentru a ameliora simptomele. Durerea este frecventă mai ales noaptea şi după acţiuni repetitive. Persoanele afectate pot acuza neîndemânare.

În stadiile precoce pot să nu existe semne. Mai târziu acestea sunt:

- Atrofia eminenţei tenare şi scăderea sensibilităţii palmare.
- Sensibilitatea palmară laterală este cruţată, deoarece nervul aferent (ramura cutanată palmară a nervului median) nu trece prin tunel.
- Testul Phalen: menţinerea pumnului în hiperflexie timp de 1-2 minute reproduce simptomele. (Este un test mai sigur decât testul Tinel -percuţie deasupra tunelului pentru a produce parestezii. Notă: Phalen flectează, Tinel percutează.)
- Studiile de conducere nervoasă pe nervul median arată afectarea conducerii la nivelul mâinii.

Tratament: Diureticele pot fi utile. Injecţia în tunelul carpian; vezi p. 738 pentru tehnică. Imobilizarea nocturnă a pumnului poate ameliora durere nocturnă. Rezultate mai durabile se obţin prin decompresie (secţionarea retinaculului flexorilor).

Compresia nervului ulnar la cot. Este descrisă la p. 694.

Compresia nervului interosos posterior. Această ramură a nervului radial este uneori comprimată la trecerea prin muşchiul supinator (după fracturile de antebraţ). Pacienţii acuză slăbiciune a policelui şi degetelor. *Examenul fizic* arată slăbiciunea extensorilor lung şi scurt ai policelui, dar fără piedere a sensibilităţii. *Tratamentul* după traumatism este decompresia chirurgicală şi imobilizare cu arcuri pentru extensia degetelor.

Compresia nervului interosos anterior. Această ramură a nervului median poate fi comprimată sub originea fibroasă a flexorului digitorum sublinus, cauzând slăbiciune a prizei şi dureri de-a lungul marginii radiale a antebraţului. Examenul fizic arată slăbiciune a flexorului lung al policelui şi flexorului profund al indexului şi mediusului. *Tratamentul* este decompresia chirurgicală.

Compresia nervului ulnar la articulaţia pumnului. Este rară. Pierderea funcţionalităţii poate fi motorie şi/sau senzitivă. Diagnosticul se pune prin metode electro-fiziologice. *Tratamentul* este decompresia chirurgicală.

Meralgia paresthetică. Dacă nervul cutanat lateral al coapsei este comprimat (la ieşirea din pelvis, chiar medial de spina iliacă antero-superioară, de ex. prin jeans strâmţi), se pot simţi dureri şi parestezii în zona supero-externă a coapsei. Sensibilitatea poate fi ↓ în această zonă. De obicei este o afecţiune autolimitată, şi poate surveni în timpul sarcinii. *Tratament:* infiltraţiile cu cortizon şi anestezic local în spina iliacă antero-superioară dau rezultate inconstante.

Compresia nervului peronier comun. Compresia nervului pe capul fibulei (de ex. pansamente gipsate, pacienţi slabi în stare de inconştienţă, fractură proximală de fibulă) produce imposibilitatea flexiei dorsale a piciorului. Sensibilitatea poate fi scăzută pe dosul piciorului. *Explorări:* Electrofiziologice. *Tratament:* Majoritatea cazurilor se vindecă spontan, dar poate fi necesară decompresia chirurgicală. Fizioterapie şi imobilizare până la remiterea poziţiei vicioase a piciorului.

Leziunile ţesuturilor moi

Tratamentul corect al leziunilor ţesuturilor moi scade durerea, reduce timpul de vindecare şi astfel durata invalidităţii.

Tratamentul în primele 24 ore:"RICE"

Repaus: O imobilizare în pansament sau gips poate fi utilă.

Ice (Gheaţă): Frigul este anestezic şi produce vasoconstricţie. Se aplică o pungă cu gheaţă (de ex. un pachet de cuburi de gheaţă învelit într-o pânză), un spray rece sau comprese reci intermitent, la fiecare 10 minute.

Compresie: Pansamentul strâns reduce edemul şi previne sângerarea continuă.

Elevare: Ideal este ca degetele să fie mai sus, pentru a ameliora drenajul părţii afectate şi a reduce durerea.

Reabilitare. Se recomandă întinderi pasive pentru a menţine mobilitatea articulară şi dimensiunile muşchiului, apoi exerciţii active progresive până la redobândirea spectrului şi amplitudinii complete a mişcărilor, de ex. rotiri pentru glezne. Sportivii vor face eforturi maxime.

Adjuvante: AINS, revulsivele şi ultrasunetele pot asista vindecarea.

Traumatisme sportive. Multe traumatisme sportive pot fi prevenite.

- Face pacientul o încălzire adecvată? Încălzirea incorectă creşte riscul de traumatism.
- Relaxarea este de asemenea importantă pentru prevenirea febrei musculare.
- Este purtat echipamentul de protecţie?
- Multe leziuni acute şi cronice sunt cauzate de echipamentul nepotrivit, tehnica incorectă sau programe de antrenament incorecte – sfatul unui antrenor profesionist poate fi foarte valoros.

Aspecte frecvente ale leziunilor în sport: "Întindere în molet" – febră musculară în molet, frecventă la alergători neantrenaţi pe suprafeţe dure, şi datorată rupturilor musculare, sindromului de compartiment anterior în formă uşoară sau fracturilor de suprasolicitare; dureri de genunchi – majoritatea cauzelor la p. 716; leziunile ligamentelor gleznei (p. 804); fasciita plantară (p. 722); fracturi de suprasolicitare ca fractura de marş – suspiciune în caz de dureri osoase progresive în ciuda radiografiilor normale; leziuni ale tendonului lui Ahile; cotul jucătorului de tenis (p. 694).

Fenomene de suprasolicitare

Fenomene de suprasolicitare la locul de muncă (Leziuni ale membrului superior legate de muncă = sindrom de suprasolicitare ocupaţională = miopatie de contracţie izometrică = leziuni de efort repetitiv

(Repetitive strain injury). Activităţile care necesită acţiuni repetitive – în special cele asociate cu contracţii musculare prelungite,[1] pot duce la simptome cronice. Patronatul are datoria de a asigura un climat de muncă sigur, scaune şi unelte bine proiectate, şi pauze scurte frecvente. Modificarea poziţiei şi activitatea reduc leziunile membrului superior legate de muncă (acest termen este preferat celui de "leziuni de efort repetitiv"). Costul acestor leziuni în suferinţă, şi ore de muncă pierdute, este considerabil, întrucât tratamentul simptomelor instalate este deseori dificil şi poate necesita schimbarea locului de muncă – dacă acest lucru este posibil.

Plata compensaţiilor este o problemă supărătoare, iar hotărârile recente ale tribunalelor au fost unele în favoarea patronatului, altele în favoarea pacienţilor. Cei care neagă existenţa afecţiunii ca entitate medicală[2] separată subliniază lipsa modificărilor histopatologice. Trebuie să arătăm că aceasta nu reprezintă o condiţie prealabilă pentru definirea unei boli (vezi *Moartea subită la sugar,* p. 338) – şi, oricum, se pot demonstra uneori modificări histopatologice.[1] Tratamentele încercate cuprind imobilizarea (poate prelungi problema), fizioterapia, beta-blocantele pentru relaxare şi tehnica Alexander de reeducare posturală.[3]

Cei care utilizează aspiratoare de praf, asamblează automobile sau cântă la instrumente cu corzi pot fi afectaţi de "cotul jucătorului de tenis".

---

[1] C Murray-Lasliw 1994 *Update* 48 587

[2] A Mann 1994 *BMJ* i 269

[3] P Brookes 1993 *BMJ* ii 1298

Testarea nervilor periferici[1]

Rădăcina nervului	Muşchiul	Testare - cere pacientului să:
C3, 4	trapez	Ridice umerii, adducţia scapulei
C4, 5	romboizi	Îndreaptă umerii înapoi
C5, 6, 7	dinţat anterior	Împinge înainte contra unei rezistenţe
C5, 6, 7, 8	pectoralul mare (capăt clavicular)	Adducţia braţului de deasupra orizontalei şi înainte
C6, 7, 8, T1	pectoral mare (capăt sternocostal)	Adducţia braţului sub orizontală
C5	supraspinos	Abducţia braţului, primele 15°
C5, 6	infraspinos	Rotaţia externă a braţului, laterală a cotului
C6, 7, 8	marele dorsal	Adducţia braţului orizontal şi lateral
C5, 6	biceps	Flexia antebraţului în supinaţie
C5, 6	deltoid	Abducţia braţului între 15° şi 90°
L4, 5, S1	fesier mijlociu şi mic (nerv fesier superior)	Rotaţie internă la şold, abducţia şoldului
L5, S1, 2	fesier mare (nerv fesier inferior)	Extensia şoldului (din decubit ventral)
L2, 3, 4	adductori (nerv obturator)	Adducţia membrului inferior contra unei rezistenţe
Nervul radial		
C7, 8	triceps	Extensia cotului contra unei rezistenţe
C5, 6	brahioradial	Flexia cotului cu antebraţul, la jumătatea între pronaţie şi supinaţie
C6, 7	extensor lung	Extinde mâna către partea radială, cu degetele extinse
C5, 6	supinator	Cu braţul pe lângă trunchi, rezistă la pronaţia mâinii
C7, 8	extensorul degetelor	Menţine degetele extinse la articulaţia MCP
C7, 8	extensor ulnar al carpului	Extinde mâna către partea ulnară
C7, 8	abductor lung al policelui	Abducţia policelui la 90° faţă de palmă
C7, 8	extensor scurt al policelui	Extinde policele la articulaţia MCP
C7, 8	extensor lung al policelui	Rezistă la flexia policelui la articulaţia IP
Nervul median		
C6, 7	rotund pronator	Menţine braţul în pronaţie contra unei rezistenţe
C6, 7, 8	flexor radial al carpului	Flectează mâna către partea radială

C7, 8, T1	flexor sublinius al degetelor	Rezistă la extensia indexului la articulaţia PIP (cu falanga proximală fixată)
C8, T1	flexor profund al degetelor I şi II	Rezistă la extensia indexului la articulaţia DIP
C8, T1	flexor lung al policelui	Rezistă la extensia policelui la articulaţia IP (falanga proximală fixată)
C8, T1	abductor scurt al policelui	Abducţia policelui (unghia la 90° faţă de palmă)
C8, T1	opozantul policelui	Policele atinge vârful degetului V (unghia paralelă cu palma)
C8, T1	lumbricalii I şi II	Extind articulaţia PIP contra unei rezistenţe, cu articulaţia MCP menţinută în hiperextensie

Nervul ulnar

C7, 8	flexor ulnar al carpului	Abducţia degetului mic; se vede tendonul când toate celelalte degete sunt extinse
C8, T1	flexor profund al degetelor III şi IV	Rezistă la extensia falangei distale a degetului mic (cu falanga medie fixată)
C8, T1	interosoşii dorsali	Abducţia degetelor (utilizează indexul)
C8, T1	interosoşii palmari	Adducţia degetelor (utilizează indexul)
C8, T1	adductorul policelui	Adducţia policelui (unghiul la 90° faţă de palmă)
C8, T1	abductorul degetului mic	Abducţia degetului mic
C8, T1	opozantul degetului mic	Cu degetele extinse, duce degetul mic în faţa celorlalte degete

Nervul musculocutan (C5-6)

Poate fi lezat la nivelul plexului brahial, cauzând slăbiciune a bicepsului, coracobrahialului şi brahialului. Flexia antebraţului este slabă. Poate apărea un grad de pierdere a sensibilităţii.

Nervul femural

L1, 2, 3	iliopsoas	Flexia şoldului cu genunchiul flectat şi gamba sprijinită: pacientul este întins pe spate
L2, 3	sartorius	Flexia genunchiului cu şoldul în rotaţie externă
L2, 3, 4	cvadriceps femural	Extensia genunchiului contra unei rezistenţe

Nervul sciatic

L4, 5, S1, 2	poplitei	Flexia genunchiului contra unei rezistenţe
L4, 5	tibial posterior	Inversia piciorului în flexie plantară
L4, 5	tibial anterior	Flexia dorsală a gleznei
L5, S1	extensor lung al degetelor	Flexia dorsală a degetelor contra unei rezistenţe
L5, S1	extensor lung al halucelui	Flexia dorsală a halucelui contra unei rezistenţe
L5, S1	peronier lung şi scurt	Eversia piciorului contra unei rezistenţe
S1	extensor scurt al degetelor	Flexia dorsală a halucelui (muşchii piciorului)
S1, 2	gastrocnemian	Flexia plantară a gleznei
S1, 2	flexor lung al degetelor	Flexia articulaţiilor terminale ale degetelor
S1, 2	muşchii mici ai piciorului	Formează bolta plantară

---

[1] *Aids to Examination of the Peripheral Nervous System*, HMSO 1976

Articulaţii calde, tumefiate

Termenul de artrită defineşte o afecţiune inflamatorie a uneia sau mai multor articulaţii. Caracteristicile inflamaţiei sunt: durere, edem, roşeaţă, tumefacţie şi căldură (± febră sistemică).

În punerea unui diagnostic, există 3 întrebări:

▸ Este afectată o singură articulaţie (monoartrită)?

▸ Este pacientul neafectat de alte tare, sau există o boală care cauzează artrita (de ex. rectocolita ulcero-hemoragică) sau un factor de risc pentru infecţie (diabet, insuficienţă renală, imunosupresie, abuz de droguri IV)?

▸ Ce umflă articulaţia? Sânge, cristale sau puroi? Întotdeauna merită să aspiri articulaţia (p. 736) pentru a afla, dar atenţie la inocularea infecţiei dacă revărsatul este simpatic, de la o celulită sau abces de vecinătate.

Notă: prezenţa factorului reumatoid (p. 754) împarte artritele în seropozitive (SP mai jos) şi seronegative.

Cauze: Orice poliartrită poate *debuta* ca monoartrită. Această listă este doar un ghid al prezentărilor probabile. ▸Gândeşte-te totdeauna la infecţie, de ex. TBC.

Monoartrită:
- Infecţie bacteriană, de ex. gonococică; urlian, TBC; septicemie
- Gută sau pseudogută
- Boala Reiter (MMC, p. 668)
- Hemartroză traumatică
- Psoriazis
- Artrită reumatoidă SP
- Celule leucemice depuse intraarticular
- Artrită reactivă (vezi p. 760)

Poliartrită:
- Diverse virusuri - rujeolic, hepatita A, Epstein-Barr
- Artrită reumatoidă SP
- Sindrom Sjögren SP
- Febră reumatică
- Lupus eritematos sistemic SP
- Colită ulceroasă; Crohn
- Reacţie postmedicamentoasă
- Reiter şi psoriazis (mai rare)

Explorări: • Coloraţie Gram, culturi şi microscopie (pentru cristale, utilizează lumina polarizată compensată) din fluidul de aspiraţie articulară. Urmele de sânge în lichidul sinovial pot fi întâlnite în pseudogută ca şi după traumatism, dar sunt rare în artrita septică.

• Radiografie a zonei. Caută semne de traumatism (fracturi), artrită reumatoidă (p. 754). Calcificarea cartilajului sugerează pseudogută. La unii pacienţi radiografiile sunt normale.

• Uraţi, HC, VSH, factor reumatoid, proteina C reactivă (normal <20 mg/1) pot fi crescute în artritele seropozitive şi seronegative, şi *nu* oferă screening pentru septicemie.

Conduită. Dacă materialele pentru examenul microbiologic nu se află la îndemână toţi pacienţii cu monoartrită trebuie trimişi la spital fie pentru a exclude infecţia, fie pentru antibioterapie adecvată. Chiar dacă aspiraţia demonstrează puroi, nu înseamnă că o infecţie este cauza (diagnosticul poate fi pseudogută sau artrită reumatoidă).

Tratament. Este determinat de cauză. Dacă se pune diagnosticul de artrită septică, este necesar lavajul articulaţiei (cere ajutor specializat –poate fi necesară deschiderea chirurgicală) şi administrarea de flucloxacilină, 500 mg/6 h lent IV (pentru acoperirea stafilococilor, pînă la cunoaşterea antibiogramei). La cei între 2-10 ani doza trebuie înjumătăţită. La copii mici, cel mai frecvent implicat este Haemophilus. Continuă tratamentul timp de 6 săptămâni.

Artroza

Cauze predispozante. Alinierea articulară defectuoasă, de ex. deformarea în valgus; scăderea suprafeţei de contact articular (de ex. subluxaţie în luxaţia congenitală de şold); fracturi osteocondrale; corpi străini; rupturi meniscale; leziuni de cartilaj datorate artritei septice sau neuropatiei.

Histopatologie. În stadiile precoce apare un clivaj (fibrilaţie) a cartilajului apoi o parte din acesta se rupe, lăsând osul expus – care devine îngroşat, dur şi alb ("eburnat"). Neoformaţiunile osoase de pe suprafeţele articulare se numesc osteofite.

Caracteristici clinice. Durere articulară de repaus (de ex. noaptea); durere la mişcare. Articulaţiile pot fi uşor îngroşate. De obicei nu sunt inflamate. La mişcarea articulaţiei se poate simţi crepitus (frecarea între suprafeţe rugoase). Poate apărea o deformare fixată (poziţia neutră nu poate fi asumată). La mâini, sunt frecvent afectate articulaţiile interfalangiene distale. Mărirea de volum a acestor articulaţii reprezintă nodulii Heberden. Factorul reumatoid este absent. VSH ↔

Modificări radiologice. **1** Spaţiu articular ↓ **2** Scleroză subcondrală **3** Chisturi subcondrale **4** "Muşcături" la marginile articulaţiei (prin osteofite).

Tratamentul. are ca scop reducerea durerii şi a invalidităţii. Nu există panacee. Pentru durere încearcă paracetamol 500 mg-1 g/6 h singur sau asociat cu opiacee, de ex. co-proxamol (ES: constipaţie). Ia în considerare AINS, ca ibuprofen 400 mg/8 h PO p.c., pentru episoadele inflamatorii (de ex. genunchi) dar, dacă sunt necesare pe termen lung, atenţie la hemoragia GI (p. 756).

Căldura locală poate ameliora durerea. Fizioterapia poate creşte utilizarea funcţională a articulaţiilor. Uşurează presiunea de pe articulaţiile portante prin scăderea în greutate (dietă) şi ajutoare pentru mers (baston, cadru, şine pentru scări). Terapia ocupaţională poate da sfaturi privind modificarea uneltelor şi interiorului. Când invaliditatea sau durerea sunt severe, poate fi necesară intervenţia chirurgicală.

Chirurgia

- *Debridarea articulară* artroscopică, excizia osteofitelor şi a cartilajului articular instabil + forarea osului expus ajută > 60% din pacienţi.[1]
- *Artrodeza* (fuziunea chirurgicală a articulaţiei) este cel mai frecvent utilizată la articulaţia metatarsofalangiană a halucelui.
- *Osteotomie* pentru a realinia o articulaţie – de ex. pentru a corecta o deformare genu varum.
- *Artroplastia de excizie* este utilizată în operaţia Keller (p. 720).
- *Artroplastia de interpoziţie* este utilizată la articulaţia carpometacarpiană a policelui, unde un burete silastic este interpus între suprafeţele articulare.
- *Protezarea articulară* (p. 734) pentru şold, cot, umăr şi genunchi.

Artroza şoldului. Sunt frecvente deformările fixate în flexie. Testul Thomas obiectivizează astfel de deformări (p. 708). Tratamentul chirurgical uzual este protezarea articulară (p. 734).

Articulaţiile neurologice (articulaţii Charcot)

Cauze: Neuropatia diabetică, tabes dorsal, leziune a cozii de cal, lepră, siringomielie (membrul superior). Traumatismele minore repetate conduc la dezorganizări articulare majore (chiar dizlocări).

---

[1] *J Bone Joint Surg* 1991 Ed 737-8

Artrita reumatoidă

În AR, o tulburare imună de cauză necunoscută produce o maladie inflamatorie multi-sistemică cu sinovită simetrică, artralgii, redoare, tumefacţie şi, în cazurile prelungite, distrugerea articulaţiilor periferice.

Prevalenţă. 3% femei, 1% bărbaţi. Frecvenţă maximă la vârsta medie. Poate apărea la orice vârstă. Asociere: HLA-DRW 4. Incidenţă: 2-4/10 000 adulţi /an.

Prezentare. Foarte variabilă. Diagnosticul diferenţial al AR cu alte afecţiuni inflamatorii poate fi dificil. Debutul este deseori insidios, cu astenie, dureri tranzitorii, redoare şi slăbiciune, dar poate fi brusc – "Într-o zi nu m-am mai putut mişca". Apar forme monoartritice, de artrită palindromică – articulaţiile sunt afectate pe rând – şi sistemice.

Prognostic. 20% au 1 episod, deseori acut, şi îşi revin complet. 30% au o invaliditate uşoară; 40% au forme prelungite, moderat invalidante 10% au invaliditate severă. Speranţa medie de viaţă este diminuată, de ex. cu 3 (femei) până la 7 ani (bărbaţi). Debutul palindromic, simptomele extra-articulare, nodulii, eroziunile sau factorul reumatoid ↑↑ indică un prognostic prost.

Afectare articulară. Sinoviul inflamat (panus) cauzează tumefierea caldă şi dureroasă a articulaţiilor, şi îngroşarea tendoanelor cu tumefierea asociată a ţesuturilor moi, de unde apariţia degetelor caracteristice, în formă de cârnat. Redoarea matinală poate dura mai multe ore. Cu timpul, panusul erodează articulaţiile, tendoanele se rup şi apar modificările ireversibile, tipice AR avansate. *Degetele* prezintă deformări în "gât de lebădă" (hiperextensie la articulaţia PIP, dar flexie la articulaţia DIP) sau "butonieră" (flexie la articulaţia PIP, extensie la articulaţia MCP, hiperextensie la articulaţia DIP), *policele* prezintă deformări în Z. *Articulaţiile* MCP şi ale *pumnilor* se subluxează, căpătând o deviaţie ulnară: procesul stiloid al ulnei şi capului radial devin proeminente. *Genunchii* sunt deviaţi în varus sau valgus. Apar chisturi poplitee Baker, care se pot rupe, mimând o TVP. La picioare, subluxaţia capetelor metatarsienelor, cu asocierea de hallux valgus, degete în gheară şi calozităţi generează dureri – "mers pe pietre".

▶*Instabilitatea atlantoaxială* poate cauza compresie medulară; este recomandată radiografia înaintea unei intubaţii.

Afectare extra-articulară. Scăderea în greutate, febra şi astenia sunt frecvente. Multe din manifestările sistemice ale AR sunt cauzate de vasculită sau noduli. 10% fac amiloidoză. Complicaţiile terapeutice pot afecta majoritatea sistemelor (p. 672).

Tegument: Infarcte ale repliului ungveal, ulceraţii, rash, eritem palmar.

Noduli: Fermi, mobili, nedureroşi, apar în zonele de presiune, de ex. antebraţ, la 20% din suferinzi. Nodulii pot apărea şi pe tecile tendinoase (cauzând deformări în trăgaci) sau în plămâni, miocard, pericard sau scleră.

Ochi: Keratoconjunctivitis sicca (p. 554), sclerită, episclerită.

Aparat cardiovascular: Revărsat pericardic, pericardită, miocardită.

Plămâni: Pleurezie, revărsate pleurale, noduli, alveolită fibrozantă.

SNC: Neuropatie de tasare (de ex. tunel carpian), sindroame de compresie.

Explorări. *Sânge:* Anemie normocromă, VSH crescut. Ambele se corelează cu activitatea bolii. De asemenea: fosfataza alk ↑, trombocite ↑, limfocite ↑, leucocite ↑ (vezi în MMC, Felty la p. 697). Factorul reumatoid: acest autoanticorp anti-IgG apare în cele din urmă la 80% din cei cu AR, dar poate fi găsit în titruri scăzute în multe afecţiuni cronice. Factor antinuclear: + la 30% din cei cu AR (vezi MMC, p. 690).

Lichid sinovial: Tulbure; vâscozitate ↓; cheaguri, datorate numărului mare de polimorfonucleare.

Modificări radiologice: În ordinea apariţiei: tumefierea ţesuturilor moi; osteoporoză juxta-articulară; pierderea simetrică a spaţiului articular; eroziuni la marginile articulaţiei, subluxaţia şi dizlocarea articulaţiilor.

Artrita reumatoidă: tratament

Atitudinea pacientului este crucială pentru starea lui. Un pacient sever afectat, care face zilnic gimnastică şi caută moduri de a-şi depăşi invaliditatea, va duce o viaţă independentă mult timp după ce un pacient cu o formă uşoară de boală "a renunţat". Fizioterapia, terapia ocupaţională şi menţinerea moralului sunt repere terapeutice principale, sprijinite de terapie medicamentoasă şi chirurgicală.

Acutizările necesită la început repaus, analgezie şi AINS; apoi se pot introduce exerciţii pasive şi active, pentru a menţine mobilitatea articulară şi tonusul muscular. **Maladia cronică** este caracterizată prin durere, redoare, astenie şi pierdere permanentă a funcţionalităţii. Articulaţiile pot fi protejate prin exerciţii, imobilizări şi diverse dispozitive (de ex. apărători pentru ceainic). Pantofii speciali şi pernele pentru scaun permit autonomia. Drogurile de linia a doua, steroizii intralezionali şi sinovectomia reduc activitatea bolii. HRT (terapia de substituţie hormonală) poate fi deosebit de utilă pacientelor.

Colapsul scheletal necesită analgezie, intervenţie chirurgicală, modificarea obiectelor casnice/interlocutorului, şi ajutor social/financiar pentru problemele create de izolarea şi scăderea veniturilor.

AINS. Dacă nu există contraindicaţii (astm, ulcer peptic activ) recomandă un AINS, de ex. ibuprofen 400-800 mg/8 h P.O., pc (cel mai ieftin şi cel mai puţin probabil de a induce hemoragii GI) sau naproxen 250-500 mg/12 h PO, pc (administrare de două ori pe zi, este mai puternic antiinflamator decât ibuprofen, şi poate induce mai puţine hemoragii GI decât alte AINS). Diclofenac 25-50 mg/8 h PO pc este similar naproxenului şi poate fi combinat cu misoprostol (Arthrotec®) – un agent protector anti-ulceros – (vezi MMC, p. 490) – demn de luat în considerare în caz de antecedente dispeptice şi necesitate vitală de administrare a AINS. Nu se poate prevedea la ce AINS va răspunde pacientul. Dacă tratamente de 1-2 săptămâni cu 3 AINS nu pot controla durerea, sau în caz de sinovită >6 luni, ia în considerare un drog de linia a doua.

Droguri de linia a doua par să modifice tulburarea imunologică, reducând astfel activitatea bolii, măsurată prin VSH şi indici funcţionali, de ex. priza manuală. Având o acţiune lentă şi o incidenţă înaltă a efectelor adverse care necesită monitorizarea regulată, utilizarea lor este limitată la pacienţii cu afectare articulară severă, persistentă sau progresivă, sau cu afectare extraarticulară. Eroziunile articulare sunt strâns legate de invaliditatea pe termen lung, şi dacă apar în primii 2 ani, sugerează necesitatea unui drog de linia a doua.

Aurul este administrat sub formă de aurotiomalat de sodiu 50 mg/săptămână IM sau auranofin 3 mg/12 h PO. După 3 luni de aur IM, 80% din pacienţi prezintă o ameliorare şi pot fi trecuţi pe o doză de întreţinere mai scăzută, dar 60% întrerup tratamentul datorită efectelor secundare.

Aurul oral este mai puţin eficace dar mai puţin toxic. ES care necesită oprirea tratamentului: ulceraţii orale, rash (risc de dermatită exfoliativă), proteinurie persistentă, discrazii sanguine. ►Monitorizează frecvent urina şi hemograma completă.

Penicilamina până la 500 mg/24h PO este asemănătoare aurului IM.

Sulfasalazina 1/2g /6h PO (începe cu 1/2g/24h) este mai puţin eficace decât aurul IM dar acţionează mai repede şi este mai bine tolerată, aşa încât poate fi utilizată mai devreme. ES: D&V, spermatozoizi ↓, WCC ↓. Monitorizează LFT şi FBC. Avertizează pacientul să întrerupă tratamentul în caz de angină (WCC).

Hidroclorochin 200mg/24 h PO este cel mai puţin eficace. ES: retinopatie ireversibilă ce necesită monitorizarea oftalmologică.

Imunosupresoare, de ex. azatioprina, sunt folosite ocazional.

Corticoizii orali sunt foarte eficienţi, dar complicaţiile pe termen lung le depăşesc utilitatea, exceptând cazurile cu risc vital.

Metotrexatul este de luat în considerare în cazurile grave (se fac mai întâi TFH, HC, U&E, serologie de hepatită B şi C; se face biopsie hepatică dacă sunt +, sau în caz de abuz de alcool).

Chirurgia poate ameliora durerea şi funcţionalitatea, de ex. artroplastie (reconstrucţie/protezare articulară), în special pentru picior, şold şi genunchi; artrodeză (fuziune articulară) pentru gleznă sau picior. Sinovectomia, reparaţia şi transferul tendoanelor, debridarea articulară şi decompresia nervoasă sunt de asemenea utile.

Artropatiile seronegative

Guta În stadiul acut se manifestă prin durere severă, congestia şi tumefierea articulaţiei afectate – deseori articulaţia metatarsofalangiană a halucelui (podagră). Atacurile se datorează hiperuricemiei (vezi MMC, p. 634) şi depunerii de cristale de monourat de sodiu în articulaţii, şi pot fi precipitate de traumatisme, intervenţii chirurgicale, inaniţie, infecţii şi diuretice. După atacuri repetate, sunt găsite depozite de uraţi (tofi) în zonele avasculare, de ex. pinna (ureche), tendoane, articulaţii, ochi – şi se spune că guta este cronică tofacee. Cauze de gută "secundară": policitemie, leucemie, citostatice, insuficienţă renală.

Diagnosticul depinde de găsirea cristalelor de uraţi în ţesuturi şi lichidul sinovial (acidul uric nu întotdeauna ↑). Microscopia lichidului sinovial: cristalele birefringente negative; neutrofile (cu cristale ingerate). Radiografiile pot arăta numai tumefierea ţesuturilor moi în stadiile precoce. Mai târziu sunt vizibile în osul juxta-articular leziuni "ieşite în afară" bine definite. Nu există reacţie sclerozantă, iar spaţiile articulare sunt multă vreme păstrate.

Tratamentul gutei acute se face cu un AINS, cu naproxen prompt 750 mg stat, apoi 250 mg/8 h PO pc. În caz de contraindicaţii (de ex. ulcer peptic) se administrează colchicină 1 mg PO iniţial, apoi 0,5 mg/2 h până dispare durerea sau apare D&V, sau până la o doză cumulată de 10 mg.

Prevenirea atacurilor. Să evite alimentele bogate în purine (măruntaie, peşte gras), obezitatea şi excesul de alcool. Fără aspirină (↑ uratul seric). Ia în considerare reducerea uratului seric cu allopurinol, dar nu în primele 3 săptămâni după un atac. Allopurinol: 100 mg/24 h PO. pc, ↑ la nevoie până la 600 mg/24 h. Monitorizează nivelul uratului seric. ES: rash, febră, leucopenie. Dacă apar probleme, înlocuieşte-l cu un uricozuric, de ex. probenecid 0,5 g/12 h PO.

Spondilita anchilozantă (SA). *Prevalenţă:* 1 la 2 000. Mai severă la bărbaţi.

Simptome: Pacientul tipic este un bărbat tânăr care se prezintă cu redoare matinală şi pierderea progresivă a mişcărilor coloanei (ankiloză spinală) şi afectarea articulaţiilor sacroiliace – în cele din urmă cu cifoză, hiperextensia gâtului (poziţie în semn de întrebare) şi ankiloză spinocranială. Alte caracteristici:

Excursii costale ↓
Dureri toracice
Leziuni de şold/genunchi
Periostita calcaneului sau a tuberozităţilor ischiatice
Fasceită plantară
Amiloidoză
Cardită; irită
Fibroză pulmonară (apex)

Explorări: Radiologia poate arăta: "coloană de bambus", "pătrate" vertebrale, eroziuni ale apofizelor articulare, obliterarea articulaţiilor sacroiliace (sacroileita apare şi în boala Reiter, boala Crohn şi poliartrita cronică). Alte teste: HC (anemie normocromă); VSH ↑.

Tratament: Gimnastică, nu repaus, pentru durerea de spate. Dacă pacientul poate coopera cu un regim intens de exerciţii fizice pentru menţinerea posturii şi mobilităţii, poate duce o viaţă fericită şi activă, în ciuda maladiei cronice progresive. AINS pot ameliora durerea şi redoarea. Rareori, osteotomia spinală este utilă.

Mortalitatea: De 1,5 ori mai mare decât cea aşteptată (de ex. prin amiloidoză secundară sau cauze cardiovasculare), dar majoritatea nu necesită niciodată spitalizare.

Maladii ce cauzează artrita seronegativă. Psoriazis Reiter (cu uretrită + conjunctivită, MMC, p. 669), colita ulceroasă, Crohn.

Pseudoguta (Artropatia cu pirofosfat de calciu). Factori de risc: Vârsta înaintată; Deshidratarea; Maladii intercurente; Hiperparatiroidism; Mixedem

DM PO_4^{3-}↓ Mg^{2+}↓ Orice artrită (AR, artroză) Hemocromatoză Acromegalie

Caracteristici clinice: 1 Pseudoguta acută: mai puţin severă şi prelungită decât guta; afectează alte articulaţii (mai ales genunchiul).

2 Calcinoza cronică: Modificări destructive ca în artroză, dar mai severe, afectează de ex. genunchiul şi articulaţia pumnului, umărul, şoldul.

Explorări: Depuneri de calciu la radiografii (de ex. ligament triunghiular la articulaţia pumnului). Cristalele articulare sunt slab pozitiv birefringente în lumină plană polarizată.

Tratamentul pseudogutei: Este simptomatic, de ex. cu AINS (p. 756).

Artrita reactivă

Această mono- sau oligoartrită asimetrică aseptică apare la aproximativ o săptămână după o infecţie în altă zonă. 60-90% sunt + pentru HLA-B27. Reiter este un exemplu post-veneric sau enteric (vezi MMC, p. 689) Altele:

Yersinia (MMC, p. 225)
Salmonella/Shigella
Vibrio parahaemolyticus
Chlamydia trachomatis (p. 512)
Chlamydia pneumoniae (MMC p. 334)
Borrelia burgdorferi (MMC, p. 233)
Campylobacter
Ureaplasma, HIV
Clostridium

Stimularea antigenului lipopolizaharidic (care generează anticorpi IgA) poate fi importantă. *Tratament:* AINS, fizioterapie, injecţii intraarticulare cu corticoizi. Antibioticele sunt utile numai după infecţiile cu Yersinia sau Chlamydia.[1]

Fibromialgia (fibrozita)

Prezentare: Durere musculoscheletală (osteoarticulară) difuză, redoare matinală, parestezii, puncte dureroase pe tot corpul, durere la luarea pliului cutanat, şi simptome generale (tulburări de somn, astenie, vertij).

Atenţie la diagnosticul de "durere difuză" toate cele 4 cadrane ale corpului trebuie afectate, şi să existe durere axială.

Asocieri: Fenomen Raynaud, sindrom Sicca, anxietate/depresie, sindrom de colon iritabil.

Factori modulatori: Modificări de temperatură/umiditate, stres, oboseală.

Diagnostic: Se bazează pe găsirea unui număr de puncte dureroase separate, caracteristice – la palparea cu policele pentru a exercita o presiune de aproximativ 4 kg. Există 11 perechi de căutat (stânga şi dreapta) şi frecvent sunt afectate ≥ 15.[1] Localizările sunt:

1 Occiputul, la inserţia muşchiului suboccipital.

2 Cervical inferior, pe suprafaţa anterioară a spaţiilor intertransverse la C5-7.

3 Trapezul la mijlocul marginii superioare.

4 Originile supraspinosului, deasupra spinei scapulei lângă marginea medială.

5 Suprafaţa coastei a II-a, imediat lateral de a 2-a joncţiune costocondrală.

6 Epicondilul humeral lateral, la 2 cm distal de epicondili.

7 Fesier, în cadranul superoextern.

8 Trohanterul mare, imediat posterior de proeminenţa trohanteriană.

9 Genunchiul, pernuţa de grăsime medială, proximal de linia articulară.

Cauza este necunoscută.

Tratamentul: Este simptomatic. Un trial randomizat a demonstrat beneficiile electro-acupuncturii,[3] dar utilizarea sa pe termen lung nu a fost formal examinată. Alte tratamente încercate: fizioterapie, AINS.

---

[1] B Svenungsson 1994 BMJ i 671
[2] American College of Rheumatology 1990 *Arthritis Rheum* 1990 33 160
[3] C Deluze 1992 *BMJ* ii 1249

Afecţiuni metabolice ale osului - I: Osteoporoza

Termenul de osteoporoză este o descriere vizuală a unui aspect radiologic sau histologic al osului. Reprezintă o reducere a cantităţii de os mineralizat per unitate volum de os anatomic (depăşind declinul natural cu vârsta). Dacă este afectat predominant osul trabecular, vor fi frecvente fracturile prin tasare a vertebrelor (producând scăderea în înălţime a coloanei şi "mărunţimea" bătrânicilor); dacă este afectat predominant osul cortical, cea mai frecventă prezentare va fi fractura unui os lung. 5% din populaţie este afectată de osteoporoză; >50% din paturile de ortopedie sunt ocupate de complicaţiile acesteia – mai ales fracturi de col femural.

Cauze/asocieri: Insuficienţă hormonală de menopauză, repaus prelungit (sau imponderabilitate), greutate corporală redusă, boală Cushing, corticoterapie, mielom, hipogonadism, artrita reumatoidă, tireotoxicoza, ciroza biliară primitivă (malabsorbţia Ca^{2+}, PO_4^{3-}, vitaminei D), mastocitoza (p. 680).

Diagnostic: După ce a survenit o fractură este uşor să priveşti o radiografie retrospectiv şi să spui că există osteoporoză. Înainte de a surveni o fractură, acest lucru este mai greu. Ca^{2+}, PO_4^{3-} şi fosfataza alcalină plasmatică sunt normale. Măsurătorile densităţii osoase (prin densitometrie, absorpţiometrie duală Rx) devin disponibile. Specimenele bioptice pot fi nereprezentative.

Prevenire şi tratament: La cei care au avut fracturi recomandă:

- Efort fizic lejer (solicitarea osului întârzie pierderea minerală)
- În caz de Ca^{2+} alimentar ↓, administrează gluconolactat de calciu efervescent, de ex. sub formă de Sandocal – 1000® 1 tabletă/zi PO (aduce 1 g calciu). CI: insuficienţă renală.
- Terapia de substituţie hormonală (hormone replacement therapy, HRT) reduce accelerarea perimenopauzală a pierderii de masă osoasă. ▶Evită estrogenii neechilibraţi (risc de cancer endometrial), şi recomandă tratament combinat, de ex. extrogeni conjugaţi 0,625 mg/zi PO continuu, începând din prima zi a ciclului (sau oricând dacă ciclurile au încetat), cu norgestrel 0,15 mg PO din zilele 17-28 (de ex. sub formă de Prempak C 0,0625® tablete bej şi respectiv maro). CI: p. 18.

NB: Nu este clar dacă tuturor femeilor în postmenopauză trebuie să li se ofere HRT. Studii cu hidroxiapatită cristalină, fluor, calcitonină, steroizi anabolizanţi şi vitamina D fie nu arată nici un beneficiu adiţional comparativ cu HRT, fie au deficienţe serioase.

- În osteoporoza vertebrală, ia în considerare < 3 ani de inhibiţie osteoclastică cu etidronat, de ex. Didronel PMO®, fiecare pachet ţine 90 de zile, cu 14 zile de etidronat (400 mg/zi, 2h ac, ES angioedem) şi 76 tablete de carbonat de calciu efervescent de 1 250 mg. Aceasta ↑ densitatea osoasă.[1,2,3]

NB: la cei care trebuie să ia corticosteroizi pe termen lung, pamidronatul ameliorează densitatea osoasă spinală,[4] iar calcitriolul 6 µg/zi

PO previne pierderea de masă osoasă,[5] dar nu se ştie dacă sunt prevenite şi fracturile.

Osteomalacia şi hiperparatiroidismul. Vezi MMC, p. 582 şi p. 488.

Afecţiuni metabolice ale osului - II: Boala Paget osoasă

Reprezintă creşterea turnoverului osos (de cauză necunoscută) cu remodelare şi hipertrofie osoasă, cauzând deformări şi slăbiciune. Este rară la cei sub 40 ani, iar incidenţa creşte cu vârsta. Este mai frecventă în zonele de climă temperată, şi la populaţiile anglo-saxone.

Poate fi asimptomatică sau poate cauza dureri ± hipertrofie de ex. a craniului, femurului, claviculei, tibiei (tibiei "în sabie"). Pot apărea fracturi patologice, surditate de conducere (hipertrofie osoasă) şi ICC cu debit crescut.

Radiologic: modificări parcelare ale densităţii osoase (de ex. vertebre "albe" sclerotice) cu remodelare.

Explorări: Ca^{2+} şi PO_4^{3-} plasmatice sunt normale, fosfataze alcaline mult crescute.

Complicaţii: Sarcomul osos la ~ 10% din cei afectaţi > 10 ani.

Tratament: la ~ 1/3 din cei la care analgezia simplă este ineficace, etidronatul disodic 20 mg/kg/24 h PO ac timp de 4 săptămâni (↓ turnoverul osos; ES: osteomalacie focală, fracturi) sau calcitonina 0,5-20 kg/24 h SC pot ameliora durerea şi scădea fosf. alc. ES: calcitonină: greaţă, lipotimii, bufeuri.

---

[1] T Storm 1990 *NEJM* 322 1265

[2] N Watts 1990 *NEJM* 323 73

[3] *Drug Ther Bul* 1992 30 45

[4] TD Spector 1993 *BMJ* ii 519

[5] PN Sambrook 1993 *NEJM* 328 1747

Reducerea durerii în triajul de urgenţă (A&E)[1]

Calmul şi siguranţa mediului, precum şi analgezia eficace fac procedura mai plăcută pentru toţi. Tehnicile includ:

1 Injectarea unui anestezic local. Vezi p. 774.

2 Clorură de etil – spray pe pielea intactă până când se face albă; asigură o anestezie scurtă, potrivită pentru proceduri minore şi injecţii foarte dureroase, de ex. blocaje de inel pe deget. Nu se foloseşte cu electrocauterul.

3 Lignocaină, cremă 2,5% (Emla®) reduce durerea asociată unor proceduri minore, dar trebuie să fie aplicată cu 2h înainte (de ex. pentru cateterizarea IV electivă).

4 Monoxidul de azot, sub controlul pacientului, poate fi adjuvant util al anesteziei locale.

5 Hipnoza.

Copiii în A&E

Aminteşte-ţi că halatele albe pot fi înfricoşătoare. Jucăriile, un aspect prietenos şi o explicaţie simplă a ceea ce se va întâmpla ajută foarte mult pentru a evita formarea unei spaime de doctori pentru toată viaţa.

- Este necesar să suturezi o plagă? Consideră alternativele (p. 774).
- Este necesar să injectezi anestezic local? Consideraţi alternativele fără ace.

Rareori o singură sutură merită o injecţie...

- Dacă sutura este inevitabilă, consideră sedarea: Cloral-hidrat dacă <2 ani, 30-50 mg/kg PO (max. 1 g). O alternativă este papaveretum 7,7 mg/ml: 1 ml diluat în 9 ml apă. Doză: copil până la 1 lună: 0,15 ml/kg IM; dacă 1-12 ani, 0,15-0,2 ml/kg IM din diluţia de mai sus. Pentru copiii mai mari (1-12 ani) foloseşte 0,02-0,3 ml/kg IM de papaveretum *nediluat* soluţie 7,7 mg/ml. Papaveretum se dă cu atropină 15-20 µg/kg IM.

Explică cu grijă copilului şi părinţilor cum vei proceda. Înfăşoară copilul într-o pătură. Mobilizează suficiente asistente ca să ţină copilul şi să imobilizeze partea pe care o suturezi. Avertizează părinţii în privinţa durerilor. Dacă ei preferă să nu fie de faţă, încearcă să-i aşezi undeva în afara razei auditive! Poate fi util să-i arăţi copilului rezultatul într-o oglindă, să-i pui un bandaj voluminos şi să-i dai o insignă cu "Am fost cuminte".

Un anestezic general este rareori justificat; dacă este necesar, plaga trebuie suturată probabil de un chirurg plastician.

---

[1] King's College Hospital A&E Department *Paediatric Manual*

▸▸Plăgi împuşcate & alte leziuni penetrante

Patru reguli cardinale ▸Toate plăgile necesită explorare sub anestezie generală pentru a repara sau a exclude leziunile structurilor profunde (şi pentru debridare).

▸Chiar leziunile minime de suprafaţă pot ascunde leziuni profunde majore, în funcţie de arma utilizată, mecanismul leziunii şi viteza glonţului.

▸Majoritatea victimelor sunt tinere, în stare fizică bună şi cu rezerve biologice intacte. Deci decompensarea cardiorespiratorie indică leziuni grave.

▸Dacă arma (de ex. cuţit) este încă *in situ,* nu o extrage până când pacientul nu se află pe masa de operaţie – pericolul este exsanguinarea.

Defineşte şi înregistrează fiecare leziune. Gloanţele cu viteză scăzută lasă traiecte murdare, care necesită explorare, excizie, şi sutură întârziată. Armele cu viteză crescută (de ex. puştile militare) sunt extraordinar de distructive datorită cavităţii auxiliare produsă de proiectil.[1] O debridare masivă şi fără scrupule este esenţială. Profilaxia tetanosului, p. 774.

Leziuni toracice. Penetrarea toracelui poate leza pleura, plămânul, vasele mari, inima, mediastinul, diafragmul şi conţinutul abdominal. Cea mai frecventă leziune este un hemopneumotorax prin lezarea plămânului şi a peretelui toracic. Acesta necesită un dren toracic larg (adult: 32 G). Orice deteriorare sau stop cardiac necesită toracotomie promptă. Plăgile vaselor intercostale sau inimii pot produce hemoragii masive: dacă drenajul este iniţial >1 500 ml, sau > 300 ml/h, este necesară toracotomia.

Plăgile toracice cu sucţiune trebuie închise imediat cu bandaje de tifon cu Vaseline® închise numai pe trei părţi (acţionează ca o valvă). Se completează închiderea după ce este inserat drenul toracic. ▶▶Pneumotoraxul cu supapă se ameliorează prin introducerea unui ac în torace de partea leziunii suspectate *înainte* de a insera un dren toracic 32 G (vezi MMC, p. 356 şi p. 754) sau de a face radiografii (întârzierea poate fi fatală).

Jena respiratorie datorată durerii, leziunilor de perete toracic sau diafragmatice necesită intubaţie şi ventilaţie. Inseră un dren toracic dacă există orice posibilitate de ruptură bronşică pulmonară sau de perete toracic.

Tamponada cardiacă 15% din leziunile toracice profunde implică inima.

Diagnostic: Triada Beck: presiune venoasă în creştere, presiune sistemică în descreştere şi un cord mic, tăcut. De asemenea puls paradoxal. Notă: presiunea jugulară poate să nu fie vizibilă în condiţii de hipovolemie. ▶▶Aspiraţia pericardică salvează vieţi şi este utilă diagnostic (de asemenea câştigă timp înaintea toracotomiei anterolaterale definitive). *Procedură:* introdu un ac 18 G la stânga xifoidului. Ţinteşte către umărul stâng, dar cu acul îndreptat în jos la 45° faţă de orizontală.

Toţi aceşti pacienţi au nevoie de: • ≥ 6 unităţi de sânge compatibil.
- Cel puţin o canulă IV cu lumen larg pentru rehidratare viguroasă.
- Monitorizare: semne vitale; gaze sanguine, RXT; ECG.
- Asistenţă ITU cu un dren toracic disponibil imediat, şi facilităţi pentru toracotomie imediată (de ex. în caz de deteriorare, sau stop cardiac).

Leziuni abdominale. Toate, în afară de cele foarte superficiale, necesită spitalizare şi explorare, nu numai observaţie. Vezi p. 810.

Leziuni ale membrelor. Sunt periclitaţi nervi, tendoane şi vase, deci examinează membrul într-o lumină bună, testează pulsurile (dar prezenţa lor nu exclude leziunile arteriale), sensibilitatea şi sudoraţia. Orice leziune identificată necesită reparaţie chirurgicală.

Presiunea directă va opri sângerarea. Nu folosi garoul: poate amplifica leziunile ischemice, şi poţi uita să şi coşi.

---

[1] R Barr 1989 *Bone Joint Surg* **71 - B 739-44**

Scala de comă Glasgow (Glasgow coma scale, GCS)[1]

Este un mod corect şi obiectiv de a înregistra starea de conştienţă a unei persoane. Poate fi utilizată de medici şi asistente pentru evaluarea iniţială şi urmărirea evoluţiei. Are valoare predictivă în privinţa prognosticului final. Sunt evaluate 3 tipuri de reacţii:

- **Răspunsul motor** Are 6 grade:

6 Îndeplinirea unei sarcini ("ascultă comanda"). Pacientul execută lucruri simple pe care i le ceri (fereşte-te să încadrezi un reflex de apucare în această categorie).

5 Localizarea reacţiei la durere: Apasă patul unghial al pacientului cu un creion, apoi aplică presiune supraorbitară şi sternală; mişcările îndreptate conştient către stimulii dureroşi în schimbare reprezintă o reacţie de "localizare".

4 Retragerea în faţa durerii: Îşi retrage membrul din faţa stimulului dureros.

3 Răspuns flexor la durere: Presiunea pe patul unghial cauzează flexia anormală a membrelor – postura decorticată.

2 Răspuns extensor la durere: Stimulul cauzează extensia membrelor (adducţie, rotaţia internă a umărului, pronaţia antebraţului) postura decerebrată.

1 Lipsa răspunsului la durere.
NB: Se înregistrează cea mai bună reacţie a oricărui membru.

- **Răspunsul verbal** Are 5 grade.

5 Orientat: Pacientul ştie cine e, unde e, şi de ce, anul, anotimpul şi luna.

4 Conversaţie confuză: Pacientul răspunde la întrebări într-o manieră conversaţională, dar există o oarecare dezorientare şi confuzie.

3 Vorbire inadecvată: Limbaj articulat exclamativ sau aleator, dar fără schimb conversaţional.

2 Vorbire incomprehensibilă: Gemete, dar fără cuvinte.

1 Absent
NB: Se înregistrează nivelul maxim al răspunsului verbal.

- **Deschiderea ochilor** Are 4 grade.

4 Deschiderea spontană a ochilor

3 Deschiderea ochilor la comandă verbală. Orice cuvânt, sau strigăt, nu neapărat comanda de a deschide ochii.

2 Deschiderea ochilor la durere. Durere aplicată pe membre ca mai sus.

1 Nu deschide ochii.

Scala de comă Glasgow (Glasgow coma scale, GCS)

Se face un scor general însumând scorul în cele 3 domenii evaluate. De ex: lipsa răspunsului la durere + lipsa verbalizării + lipsa deschiderii ochilor = 3. Leziuni severe, GCS < 8; leziuni moderate, GCS 9-12; leziuni minore GCS 13-15.

Notă: o scală a comelor prescurtată = AVPU, este uneori utilizată în evaluarea iniţială ("supravegherea primară") a cazurilor critice.

- A = *a*lert
- V = răspunde la stimuli *v*ocali
- P = răspunde la durere (*p*ain)
- U = lipsa reacţiei (*u*nresponsive)

Unele centre dau GCS din maxim 14, nu 15, omiţând "retragerea în faţa durerii".

---

[1] G Teasdale 1974 *Lancet* ii 81

Înecul

Înecul este frecvent: incidenţa mondială este de 140 000/an, fiind a 2-a cauză de deces, după accidentele de trafic, la cei între 1-40 ani. 40% din înecuri survin la cei <4 ani – băieţii având un risc deosebit de crescut.

Majoritatea înecurilor survin la adulţii beţi, sau la copiii slab supravegheaţi lângă apă. Este foarte frecvent ca un sugar să se scalde "supravegheat" de un frate ceva mai mare – mama crezând că, dacă copilul poate sta în picioare, se poate salva şi de la înec în caz că se răstoarnă.

În comunităţile suficient de bogate pentru a avea multe piscine particulare, apar epidemii estivale de înecuri. Un adult este reţinut temporar şi pleacă din grădină, şi, la întoarcere, găseşte un cadavru în piscină.

Când un astfel de copil este adus în A&E principalele probleme sunt: **1** Stopul cardiac. **2** Hipotermia. **3** Acidemia. **4** Edemul pulmonar.

Tratamentul se axează pe căile: aeriene, respiraţie şi circulaţie.

- Imobilizează coloana cervicală când degajezi căile aeriene - s-ar putea să aibă un traumatism în acea zonă.
- Curăţă lichidul de vomă din gură. Voma este frecventă datorită faptului că înecatul înghite iniţial foarte multă apă.
- Dacă pulsul este absent, începe resuscitarea cardiorespiratorie.
- În caz de comă, intubează traheea (preoxigenează cu O_2 100%; în caz de hipotermie, aceasta poate induce FV).

Aplică scala Glasgow, p. 768; dacă < 6 prognostic prost.

- Continuă să ventilezi cu O_2 100%.
- Monitorizează ECG. Defibrilează în caz de fibrilaţie ventriculară (p. 367). Pentru primul şoc, se administrează ~ 2 jouli/kg corp (~ 20 J la 9 luni, 40 J la 4 ani, 60 J la 8 ani, şi 80 J la 12 ani).[2] NB: defibrilarea deseori nu are efect până când T° centrală > 30°C (rolul tosilatului de bretiliu este neclar aici; reîncălzire centrală rapidă; imersie în apă caldă, fluide IV calde, dializă peritoneală, toracotomie pentru irigaţia cordului, sau by-pass cardiac).[3]
- Monitorizează T° centrală şi semnele SNC. Edemul cerebral poate surveni brusc în primele 24 h: nu există argumente în favoarea folosirii dexametazonei sau a comei barbiturice.
- Dacă T° < 35°C, monitorizează frecvent T° rectală şi reîncălzeşte pacientul cu ajutorul unei T° ambientale ridicate. Poate fi necesar un suport circulator pentru a tampona vasodilataţia de reîncălzire. Măsurarea presiunii din atriul stâng este utilă ca ghid pentru dozarea fluidelor IV (prea mult lichid creşte ICP).
- Introdu o sondă nasogastrică pentru a ameliora dilataţia gastrică.
- Imediat ce situaţia este stabilă, recomandă U & E, gaze sanguine şi Hb.

Efectele asfixiei şi supraîncărcării cu apă dulce.[1] Copilul înghite de obicei cantităţi mari de apă înainte de aspiraţia finală. Aceasta duce la dilataţie gastrică, vomă şi accentuarea aspiraţiei – ca şi la creşterea presiunii LCR ↑, edem cerebral, detresă respiratorie acută, hemodiluţie, hemoliză şi hipokaliemie. În combaterea acestora, se administrează deseori corticosteroizi şi antibiotice, deşi eficacitatea lor nu este dovedită. Dat fiind că presiunea intracraniană (PIC) crescută se datorează morţii celulelor, corticosteroizii nu scad PIC (spre deosebire de PIC crescută din leziunile înlocuitoare de spaţiu).

Reflexul de scufundare. Copiii păstrează această adaptare utilă la modul de viaţă primitiv acvatic. Când apa rece loveşte faţa, pulsul încetineşte şi sângele este deviat din membre şi muşchi spre zonele vitale (creier, rinichi). Frigul reduce şi mai mult rata metabolismului. Aceasta este explicaţia fiziologică a resuscitărilor remarcabile după o imersie totală prelungită (de ex. 20 min). Este de asemenea motivul pentru care resuscitarea unui copil aparent mort trebuie să continue 40 min înainte de declararea decesului.

Înecul în apă de mare. Ionii de calciu şi magneziu din apa de mare intră rapid în circulaţie în timpul aspiraţiei – şi cauzează stop cardiac. Hemoliza nu survine în cazul înecului în apă de mare.

---

[1] M Rogers 1987 *Textbook of Pediatric Intensive Care*, Williams and Wilkins

[2] P Oakley 1988 *BMJ* ii 817

[3] *Ann Emerg Med* 1990 1093

▸▸Leziuni majore – resuscitare^{ATLS}

Această pagină pleacă de la presupunerea că resuscitatorul are un ajutor experimentat şi un salon de resuscitare bine echipat. La auzul ştirii privind sosirea unui caz cu leziuni majore, solicită ajutor experimentat (de ex. traumatolog specialist). Ţine minte "ABC"-ul = (căi *a*eriene, respiraţie – *b*reathing, *c*irculaţie).

- Înlătură corpii străini din căile aeriene. Aspiră orice fluid.
- Respiră pacientul eficient? Dacă nu, se asistă ventilaţia mai întâi cu mască şi balon + O_2 100%, apoi se intubează traheea. Dacă obstrucţia căilor respiratorii superioare împiedică intubaţia, se face cricotirotomie (vezi MMC, p. 753). Există un pneumotorax cu supapă? – trebuie intervenit acum! Dacă respiră spontan, se administrează *tuturor* pacienţilor O_2 la 15 l/min prin mască strânsă cu rezervor. Acoperă şi bandajează orice plagă toracică deschisă numai pe 3 părţi.
- Există puls? Dacă nu, începe masajul cardiac extern. Cere ajutorului să aducă un defibrilator.
- Aplică vaselină şi poziţionează electrozii pe torace (deasupra sternului şi la linia axilară medie). Obţine un traseu ECG şi defibrilează, continuă ca pentru "stop cardiac", p. 365-67, pentru adulţi, vezi MMC, - 725. Dacă ritmul este acceptabil, continuă după cum urmează:
- Atenţie la IPPV în caz de emfizem chirurgical. Acesta implică o ruptură de plămân (de ex. prin fractură de coastă) şi necesită inserţia promptă a unui dren toracic.
- Instalează o perfuzie cu ser fiziologic. Recoltează sânge: pentru compatibilitate şi test de glicemie. Foloseşte 2 canule largi pentru cateterizare (MMC, p. 698), dacă nu se poate obţine accesul IV. Continuă resuscitarea cardio-respiratorie.
- Ia TA sistolică. Dacă < 90 mmHg şi cauza probabilă este pierderea de sânge, administrează soluţie coloidală (Haemaccel® rapid IV până când TA ↑, pulsul ↓, urina curge (>30 ml/h; cateterizează în voie – exclude mai întâi leziunile uretrale) şi cînd apare – administrează sângele compatibil (▶cereţi sânge compatibil de grup, durează numai 5-10 min).
- Scoate-i hainele (de ex. cu nişte foarfeci mari). Care sunt leziunile? Arsurile circumferenţiale de gât sau torace pot necesita incizie (escarotomie) pentru a uşura presiunea asupra laringelui.
- Presupune că există instabilitate spinală. Asigură imobilizarea cu saci de nisip, pansamente şi gulere până la efectuarea radiografiilor.
- Aplică presiune şi asigură elevaţie pentru orice zonă cu hemoragie activă.
- Evaluează nivelul conştienţei (AVPU, p. 893).
- Examinează toate pulsurile periferice. 30% din fracturi sunt trecute cu vederea în camera de resuscitare. Se fac radiografii de craniu, coloană cervicală (p. 820) şi pelvis. Dacă se suspectează hemoragie intraperitoneazlă, vezi p. 810.

- Gaze sanguine, RXT – dren toracic în caz de pneumotorax, vezi MMC, p. 698.
- Monitorizează pulsul, TA, nivelul conştienţei şi dimensiunile pupilei la câteva min. Dacă pupilele sunt inegale, solicită consult neurologic specializat. Dă şi manitol 1 g/kg în perfuzie pentru a ameliora edemul cerebral. Vezi p. 806.
- Fă un examen clinic complet din cap până în picioare ("examinarea secundară"). În caz de pneumotorax, se pune dren toracic (vezi MMC, p. 698). Aplică scala de comă Glasgow pentru nivelul comei (p. 768).
- Dacă apar convulsii dă 10 mg diazepam IV urmat de 100 mg în 500 ml glucoză 5% infuzat în ritmul de 40 ml/h; dacă convulsiile continuă (copii: 0,3 mg/kg corp IV, apoi 50 µg/kg /h IV) – atenţie la apnee. Dacă convulsiile încă continuă, dă 40-100 ml clormetiazol 0,8% gata preparat în perfuzie IV; în 10 min. (ţinut la frigider) – numai la adulţi. Rata ulterioară infuziei este determinată de răspuns.
- În caz de contuzie pulmonară, înec sau inhalare de fum, consideră doze mari şi precoce de corticosteroizi (metilprednisolon 30 mg/kg IV).
- Fă un rapel de toxoid tetanic ± imunoglobulină antitetanică umană (p. 774).
- Solicită ajutor experimentat pentru a determina priorităţile de tratament pentru fiecare leziune în parte.

See also *Advanced Trauma Life Support* course manual, 1988, American College of Surgeons

Sutura plăgilor

1 Înlătură corpii străini şi tot materialul necrotic.

2 Curăţă cu tifon steril muiat în cetrimid 1%.

3 Controlează hemoragia prin presiune şi elevarea zonei. Firele absorbabile profunde (de ex. Dexon®, Vicryl®, catgut) vor ajuta apoziţia marginilor cutanate (evită la mână, poate leza nervii).

4 Infiltrează pielea care trebuie suturată cu lignocaină 1% (< 3 mg/kg; ES: convulsii).

▸ *Evită adrenalina la anestezia degetelor.*

5 Dacă este necesară o tensiune mare, întârzie sutura sau foloseşte grefe cutanate.

6 Manipulează blând ţesuturile pentru a preveni extinderea leziunilor.

7 Foloseşte suturi întrerupte pentru închidere. Începe de la mijloc, sau cu orice margini neregulate. Aceasta ajută apoziţia corectă.

8 Evită eversia marginilor cutanate suturate.

9 Exemple de fire utilizate la sutura plăgilor. Adulţi, faţă: 5-0 monofilament nylon (scoate-le după 5 zile). Copiii, faţă: 6-0 nomofilament nylon (scoate-le după 3-5 zile). Copii, alte părţi: 5-0 catgut. Partea profundă se va absorbi şi partea superficială va cădea după 10-14 zile. Adulţi, picior: 3-0 nylon (scoate-le după 2 săptămâni). Lambourile cutanate de coapsă (după căderea pe un obiect dur) pot avea un aport sanguin scăzut, mai ales dacă lungimea lamboului este de cel puţin 2 ori mai mare decât lăţimea, iar vindecarea va fi mai bună cu benzi înguste de leucoplast (de ex. steristrip®), decât cu suturi. Aproximarea exactă a marginilor este în general imposibilă, dar grefele cutanate sunt rareori necesare.

Adulţi: braţ, trunchi, abdomen: 3-0 mătase. Scoate-le după ~ 9 zile. Scalp: 3-0 mătase. Scoate-le după 5 zile.

10 Metoda suturii se învaţă cel mai bine prin demonstraţie de către un chirurg. Exersează sutura în mediu steril pe o coajă de banană ruptă.

11 Pansează cu tifon steril pentru a evita extinderea leziunilor.

Alternative la sutură. Sutura necesită anestezie şi lasă cicatrice.

Benzi de închidere cutanată (*Steristrip®*) sunt utilizate pentru dilacerări minore, dar nu pe pielea păroasă. Lăsă un spaţiu între benzi pentru zemuire. Pot fi utile şi pentru apoziţia temporară a marginilor unei plăgi mai mari în timpul suturii. Există un risc mai mic de infecţie a plăgilor decât în cazul suturii, în special în ceea ce priveşte muşcăturile de animale.

Adezivul tisular acrilic (*Histoacryl®*) este rapid, lasă cicatrice minime şi nu necesită urmărire. Usucă suprafaţa plăgii, şi aliniază cu atenţie marginile, pentru că nu le mai poţi corecta poziţia după ce plaga s-a lipit. Aplică adezivul în strat subţire (foloseşte un tub capilar sau o pipetă de unică folosinţă) şi apasă marginile una de alta timp de 30 sec. *Păr:* Poţi închide plăgi minore ale scalpului legând fire de păr de-a latul plăgii.

Prevenirea tetanosului. Imunizarea activă cu toxoid tetanic este administrată ca parte a triplului vaccin în primul an de viaţă (p. 247). Se administrează rapeluri la intrarea în şcoală şi la vârsta de adult tânăr.

Odată administrate 5 injecţii, revaccinează numai în momentul unei leziuni semnificative.

Imunizarea primară a adulţilor: 0,5 ml toxoid tetanic IM repetat de 2 ori la intervale lunare.

Plăgi: Orice tăietură merită o doză suplimentară de 0,5 ml toxoid IM, dacă individul nu este deja pe deplin imun (o cură completă de toxoid sau un rapel în ultimii 10 ani). Un individ non-imun va avea nevoie de încă 2 injecţii (0,5 ml IM) la intervale lunare. În caz de imunitate parţială (rapel sau cură completă cu >10 ani înainte), este necesar un singur rapel.

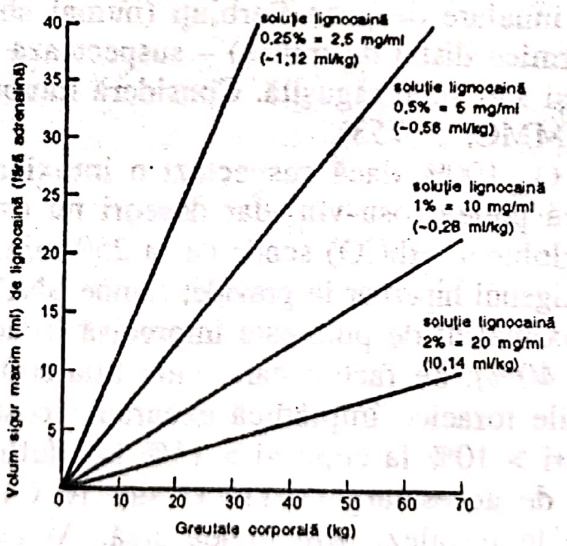
Imunoglobulină antitetanică umană: Este necesară pentru pacientul parţial imun sau non-imun (definit ca mai sus), cu plăgi murdare, vechi (>6h), infectate, devitalizate sau contaminate cu pământ. Dă 250-500 unităţi IM, folosind o seringă separată şi un alt loc decât la injecţia cu toxoid.

▶Dacă statusul imun este necunoscut, presupune că el/ea este non-imun(ă). Imunizarea de rutină a sugarilor a început în 1961, deci există mulţi adulţi cu risc.

▶Educaţia igienică şi debridarea plăgilor sunt de importanţă vitală.

Dozele maxime de lignocaină – un ghid general[1]

0,25%	1,12 ml/kg
0,5%	0,56 mg/kg
1%	0,28 ml/kg
2%	0,14 ml/kg



Volumul sigur maxim de lignocaină nediluată în funcţie de greutatea corporală. (Doza sigură maximă de lignocaină fără adrenalină 3 mg/kg cu adrenalină 7 mg/kg; utilizarea diferitelor soluţii 0,25%-0,5% pentru infiltraţii şi anestezie regională intravenoasă, 1% pentru blocaje nervoase, anestezie epidurală şi anestezie regională intravenoasă; 2% pentru blocaje nervoase).

---

[1] D Kelly 1983 BMJ i 1784

▸▸Arsuri^{ATLS}

Majoritatea spitalelor nu posedă propria unitate de arşi. Resuscitează şi organizează transportul prompt pentru toate arsurile majore. Evaluează întotdeauna stadiul, dimensiunea şi adâncimea arsurii, arsuri mici la tineri, vârstnici, sau cu anumite localizări, pot necesita totuşi asistenţă specializată.

Evaluare. Este necesară estimarea dimensiunii arsurii pentru a calcula necesarul de lichide; ignoră eritemul. Consideră transferul într-o unitate de arşi dacă sunt >10% arsuri la copii sau vârstnici, sau >20% la ceilalţi. Pentru calcul foloseşte o diagramă Lund & Browder sau "regula de nouă":

Braţ (în întregime) 9%
Membru inferior (în întregime) 18%
Trunchi anterior 18%
Posterior 18%
Cap (în întregime) 9%
Organe genitale 1%
Palmă 1% (NB: la copii, cap = 14%; membru inferior = 14%)

Estimarea grosimii arsurii: Grosime parţială este dureroasă, roşie, cu vezicule; grosimea completă – este nedureroasă, şi alb/cenuşie.

Trimite arsurile cu grosime completă >5% de suprafaţă corporală sau arsurile cu grosime completă/parţială ce afectează faţa, mâinile, ochii, organele genitale la o unitate de arşi.

Resuscitare ● *Căi aeriene:* Atenţie la obstrucţia de căi respiratorii superioare în caz de inhalare de gaze fierbinţi (numai aburul supraîncălzit produce leziuni termice distal de trahee) – suspectează acest lucru cînd observi peri nazali arşi sau voce răguşită. Consideră intubaţia precoce sau ventilaţia artificială (MMC, p. 753).

● *Respiraţie:* Dă O_2 100% dacă suspectezi o intoxicaţie cu monoxid de carbon (poate avea pielea roşu-viu, dar deseori nu este aşa), întrucât t 1/2 al carboxihemoglobinei (HbCO) scade de la 250 min la 40 min (consideră administrarea oxigenul hiperbar la gravide; semne SNC; HbCO > 20%). Sp. O_2 măsurată cu oximetrul de puls este imprecisă (scade de ex. cu 3% cu HbCO de până la 40%). Se face escarotomie bilateral pe linia axilară anterioară dacă arsurile toracice împiedică excursiile costale (p. 778).

● *Circulaţie:* arsuri > 10% la copii şi > 15% la adulţi necesită lichide IV. Stabileşte 2 linii de acces larg IV (14 G sau 16 G). Nu are importanţă dacă trebuie să le instalezi prin pielea arsă. Asigură-le bine: sunt literalmente vitale. Nu contează dacă dai soluţii cristaloide sau coloidale, important este volumul. Foloseşte o diagramă "Burus Calculator" 1 sau o formulă, de ex.

● *Formula Muir şi Barclay* (populară în Marea Britanie): greutate (kg) × % ars / 2 = ml soluţie coloidală (de ex. Haemaccel®) pe unitate de timp.

Perioadele de timp sunt 4 h, 4 h, 4 h, 6 h, 6 h, 12 h.

- *Formula Parkland* (populară în SUA):

4 × greutate (kg) × % ars = ml soluţie Hartmann în 24 h, se dă în primele 8 h

(NB: nesatisfăcătoare la copii, deci foloseşte "Burus Calculator").

► NB: trebuie să înlocuieşti lichidele pierdute din momentul arsurii, nu din momentul primei examinări la spital. Dacă foloseşti formula Muir şi Barclay trebuie să dai şi 1,5-2 ml/kg/h glucoză 5%. Formulele sunt numai orientative: ajustează rata IV în funcţie de răspunsul clinic şi debitul urinar (stabileşte ca scop > 30 ml/h la adulţi; > 1 ml/kg la copii). Cateterizează vezica.

Tratament ►Nu aplica apă rece pe arsurile extinse, aceasta poate agrava şocul. Nu sparge veziculele. Acoperă arsurile extinse cu grosime parţială, cu tifon steril înainte de transferul într-o unitate de arşi – aceasta va opri curenţii de aer şi va ameliora durerea. Foloseşte morfina în doze fracţionate de 1-2 ml IV. Pansamentele utile includ tifonul cu Vaseline®, sau sulfadiazina de argint sub tifon absorbant; se schimbă la 1-2 zile. Mâinile se pot acoperi cu sulfadiazină de argint şi introduc într-o pungă de plastic. Asigură imunitatea antitetanică. Administrează 50 ml sânge integral pentru fiecare 1% de arsură de grosime completă, jumătate în a 2-a perioadă de 4 h de terapie IV şi jumătate după 24h.

---

[1] SM Milner 1993 *Lancet* **342** 1089; reproduced here on our endpapers.

Inhalarea de fum

Pe lângă leziunile termice, problemele sunt intoxicaţia cu monoxid de carbon (vezi pagina alăturată) şi intoxicaţia cu cianuri.

Intoxicaţia cu cianuri este frecventă în cazul plasticului fumegând. Se leagă reversibil de ionii ferici în enzime – oprind astfel fosforilarea oxidativă şi cauzând ameţeli, cefalee şi convulsii. Tahicardia şi dispneea sunt urmate curând de bradicardie şi apnee. Scopul este de a detaşa ionul cian de citocromoxidază, asigurând alternative ferice atrăgătoare prin generarea de methemoglobină (fiecare moleculă are 3 grupări hem ferice) din Hb folosind nitrat de amil 0,2-0,4 ml prin balon Ambu.[1] Alternative mai puţin sigure sunt soluţia de nitrat de sodiu (10 ml din soluţia 3% IV în 3 min); dimetilaminofenol (5 ml din soluţia 5% IV în 1 min). Dă şi tiosulfat de sodiu (25 ml din soluţia 50% IV în 10 min) pentru a asigura o sursă suplimentară de sulf pentru a creşte conversia cianurii în tiocianatul netoxic. O alternativă este chelarea cianurii cu dicobalt edetat (20 ml din soluţia 1,5 % IV în 1 min) urmat de 50 ml glucoză 50% în infuzie IV (acestea sunt doze pentru adulţi).

Escarotomia

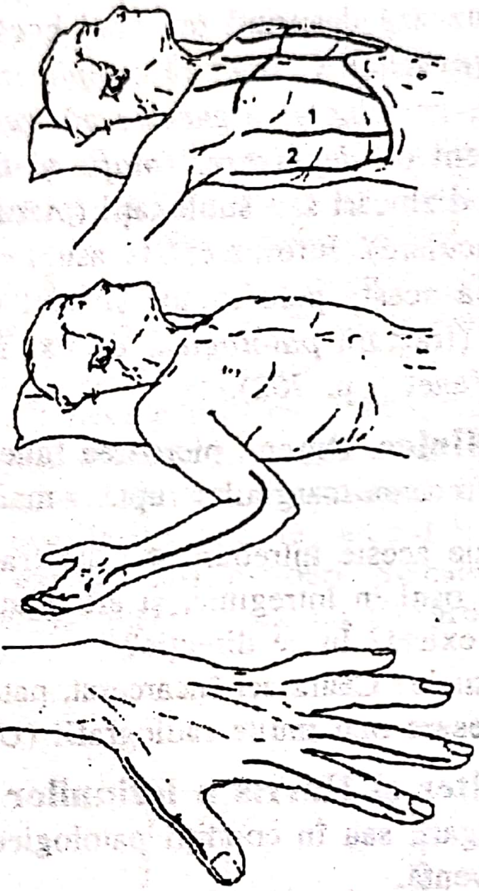
Pentru escarotomia toracică fă mai întâi inciziile 1 şi 2. Dacă este necesară o expansiune suplimentară fă-le şi pe celelalte. Incizează ambele părţi ale trunchiului sau degetului (în diagrame este ilustrată o singură parte). Dacă apare durere, arsurile nu au grosime completă şi escarotomia probabil nu este necesară.

Hemoragia majoră poate necesita acoperirea cu pansamente sterile şi transfuzii de sânge.

Diagrame reproduse cu permisiunea amabilă a *BMJ* şi autorilor referinţei 2.

---

[1] R Langford 1989 *BMJ* ii 902 [2] C Robertson 1990 *BMJ* ii 282


1
2

Fracturile

Fracturile pot fi *transverse, oblice* sau *spiralate.* Ele sunt *cominutive* dacă există >2 fragmente. Dacă marginile rupte protruzionează prin piele sau într-o cavitate, fractura *este deschisă* (o urgenţă). Oasele tinere şi moi se pot îndoi şi rupe parţial (fracturi în lemn verde). Forţele de compresiune dau fracturi *impactate* sau prin *zdrobire* (în osul trabecular), iar forţa de tracţiune cauzează desprinderea unei bucăţi de os de către tendoane sau ligamente *(avulsie).* O fractură *complicată* produce leziuni semnificative ale vaselor, nervilor şi organelor adiacente. Separarea părţilor este definită în termeni de *deplasare, rotaţie* şi *angulare* laterală (vezi diagrama). Pot exista dizlocări sau subluxaţii (pierderea parţială a contactului suprafeţelor articulare). Informează-te asupra gradului forţei care a produs leziunea. Dacă acesta pare minor şi osul este totuşi rupt atunci osul poate fi bolnav (fractură *patologică,* de ex. în depuneri secundare, osteomalacie, boală Paget – p. 762).

Caracteristici clinice. Durere, pierderea funcţionalităţii, deformare, tumefacţie, crepitus (frecarea marginilor rupte – manipulează cu blândeţe).

Radiografii. Pune aceste întrebări. • Câte fracturi sunt?

- Se poate vedea osul în întregime, şi articulaţia la fiecare capăt?
- Câtă deplasare există? În ce direcţie?
- Sunt oasele normale? Caută aer încarcerat, patologie osoasă, şi orice corp străin. Sunt necesare mai multe radiografii (UIV, arteriografie)?

Clasificarea Salter şi Harris a leziunilor epifizare

I Apărută la sugari, sau în condiţii patologice (de ex. scorbut).

II Cea mai frecventă.

III Există un fragment deplasat.

IV Unirea perpendicular pe cartilajul de creştere poate interfera cu creşterea osului.

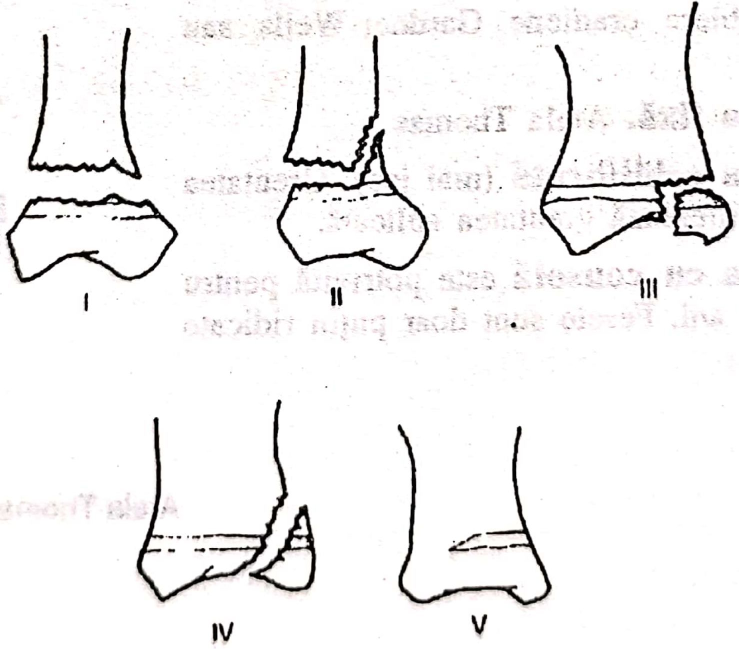
V Compresia epifizei produce deformare şi oprirea creşterii.

Tratament • Corectează şocul (de ex. cu soluţie coloidală în perfuzie, 500 ml/1/2 h, până când TA sistolică > 100 mmHg) se administrează sânge dacă sunt >1-1,5 litri pierduţi, sau hemoragia continuă. Monitorizează TA/15 min, debitul urinar (± PVC). Opreşte hemoragia (poate necesita intervenţie chirurgicală).

- Ameliorează durerea (de ex. morfină 10 mg/4 h IM sau fracţionat în doze de 1-2 mg în caz de şoc).
- Pansament steril (de ex. muiat în Betadine®) peste oasele protruzionate şi pielea dilacerată.
- Previne infecţia: de ex. cloxacilină 500 mg IM/IV + benzil penicilină 600 mg IV/IM.; toxoid tetanic (0,5 ml IM) dacă este necesar.

Metode de tratament al fracturilor: imobilizează şi redu zona (dacă este necesar, p. 782), de ex. cu un pansament gipsat. Problema cu această metodă este că imobilizarea este urmată de "boala de fractură", atrofie musculară, ankiloză articulară şi osteoporoză. Dacă este posibil, fracturile ce implică articulaţii trebuie tratate prin reducere deschisă, reconstrucţie corectă a suprafeţelor articulare şi fixare, astfel încât să fie posibilă mobilizarea imediată. Astfel, artroza secundară este inevitabilă. Fixarea internă (de ex. cu cuie, şuruburi şi plăci metalice) a tuturor fracturilor la politraumatizaţi duce la reducerea importantă a complicaţiilor grave (embolie grăsoasă, sindromul detresei respiratorii acute), ca şi la reducerea perioadei în care este necesară ventilaţia mecanică.

Fixarea externă utilizează şuruburi în os, o bară şi un mijloc (ciment sau clame) de a ataşa bara de şuruburi, pentru a lega corticalele fracturate. Şuruburile pot fi trecute prin os şi în afara membrului, astfel ca o a doua bară să asigure stabilitate suplimentară. Rigiditatea suplimentară este asigurată printr-un alt set de şuruburi la 90° faţă de primul. Deoarece intervenţia este la distanţă de câmpul leziunii, această metodă este foarte utilă când există arsuri, pierderi cutanate şi osoase, sau o fractură deschisă. *Alte metode:* plăci (de ex. cu 10 şuruburi), cuie (Küntscher) şi sârme (Kirschner).



Reducerea şi tracţiunea fracturilor

O fractură deplasată necesită realinierea (reducere) cu excepţia cazului în care funcţionalitatea şi aspectul membrului sunt satisfăcătoare. De exemplu, o deplasare mică, acceptabilă în cazul unei fracturi de diafiză femurală, poate să nu fie acceptabilă la radius, unde ar putea produce dificultăţi de supinaţie. Reducerea permite de asemenea eliberarea oricăror structuri încarcerate între capetele osoase. Reducerea corectă ajută revascularizarea (vitală în fracturile subcapitale de femur) şi previne modificările degenerative tardive în cazul fracturilor articulare. Fixarea internă şi externă a înlăturat mult necesitatea tracţiunii la adulţi, dar ea este încă folosită la copii.

Metode de reducere. *Manipulare* sub anestezie (majoritatea cazurilor).

Tracţiune de ex. pentru fracturi subcapitale de femur sau leziuni spinale.

Reducerea deschisă ajută acurateţea, de ex. înaintea fixării interne. Următoarea problemă este menţinerea reducerii (cu ajutorul tracţiunii sau fixării) pe durata vindecării – care poate fi de la 2 săptămâni (copiii mici) la 12 săptămâni (un os lung la un adult).

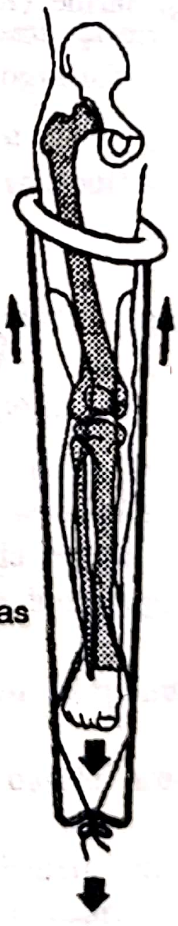
Tracţiunea cutanată utilizează benzi adezive pentru a ataşa greutatea de membru. Dificultăţile sunt faptul că greutatea nu poate fi prea mare, şi că poate apărea sensibilitate la adeziv.

Tracţiunea osoasă. Cu ajutorul unui ac trecut prin os, se pot utiliza forţe mai mari (de ex. ac Steinmann, şublere craniene Gardner-Wells sau Crutchfield).

Tracţiunea fixă. Atela Thomas.

Tracţiunea echilibrată (mai jos). Greutatea pacientului echilibrează greutatea aplicată.

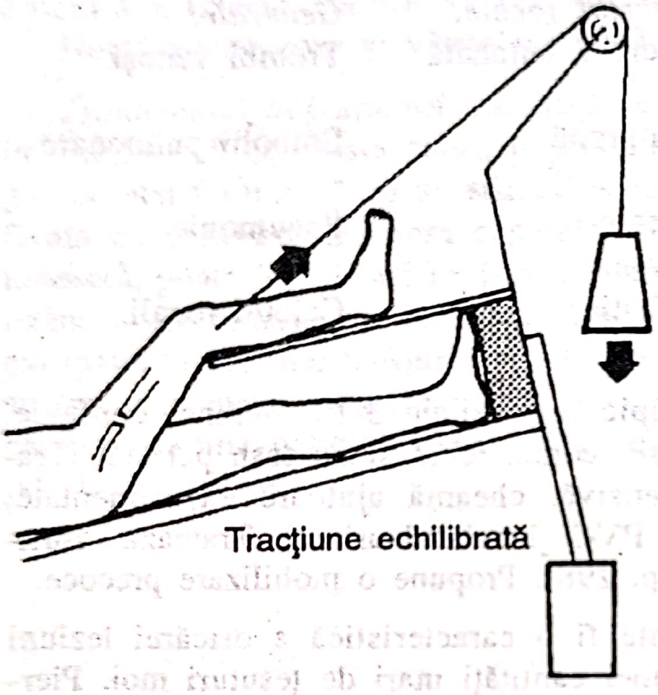
Tracţiunea cu consolă este potrivită pentru copii până la 2 ani. Fesele sunt doar puţin ridicate de pe pat.



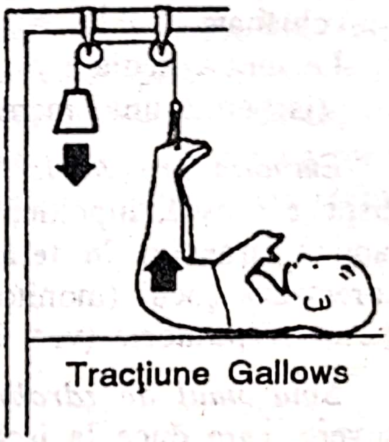
Atela Thomas

9. Ortopedie şi traumatologie

Reducerea şi tracţiunea fracturilor



Tracţiune echilibrată



Tracţiune Gallows

Complicaţiile fracturilor

Vindecarea. Hematom → Ţesut de granulaţie vascular → Stimularea osteoblastelor subperiostale → Matrice osoasă → Osificare endocondrală → Calus deformabil → Os lamelar → Unirea fracturii

Complicaţii precoce

Imediat:	*Ulterior locale:*	*Generale:*
Hemoragie internă sau externă	Necroză cutanată	Trombi venoşi
Leziuni organice de ex. cerebrale, pulmonare	Gangrenă	Embolii pulmonare
Leziuni nervoase sau cutanate	Escare	Pneumonie
Leziuni vasculare (ischemia unui membru)	Infecţie	Calculi renali

Embolia grăsoasă: Apare tipic între zilele 3-10. Semne: confuzie, dispnee bruscă, hipoxie, convulsii, comă, febră şi un rash peteşial. Tratament: transfer în terapie intensivă, cheamă ajutoare experimentate, corectează şocul (monitorizează PVC şi debitul urinar). Tratează insuficienţa respiratorie (vezi MMC, p. 298). Propune o mobilizare precoce.

Sindromul de zdrobire: Poate fi o caracteristică a oricărei leziuni severe, care duce la ischemia unei cantităţi mari de ţesuturi moi. Pierderile lichidiene, CID şi eliberarea de toxine duc la necroză tubulară acută. Poate fi necesară dializă temporară. Monitorizează debutul urinar şi K^+ plasmatic.

Complicaţii tardive

- Septicemia cu origine la nivelul plăgii (toaleta precoce a plăgii este vitală).
- Lipsa fixării (de ex. plăcile sau cuiele se rup sau se deplasează).
- Ankiloză articulară, contracturi, malaliniere (maluniune).
- Atrofie Sudeck (p. 786): ankiloză articulară şi osteoporoză localizată.
- Probleme psihologice de mobilizare ("nevroza de compensare").
- Non-uniune. Semnele de fractură (durere, mobilitate, tumefacţie şi edem) persistă mai mult decât normal, de ex. >3 luni, în cazul unui os lung la un adult (adevărata uniune, cu trabecule ce traversează locul fracturii, poate dura mult mai mult). Dacă radiografiile arată absenţa calusului (os nou, neremodelat) la locul fracturii, diagnosticul este de uniune întârziată. Dacă radiografia arată închiderea cavităţii medulare, diagnosticul este non-uniune. Non-uniunea este mai frecventă la osul cortical decât la osul trabecular, unde deseori există impactare. Factori care întârzie uniunea.

1 O fractură într-un os care şi-a încetat creşterea.
2 Existenţa unui fragment avascular (scafoid, col femural).
3 Fracturi cominutive, în special dacă a existat infecţie.

4 Boli generale (de ex. neoplazii, infecţii).

5 Tracţiunea capetelor osoase de către ţesuturile moi (reducerea deschisă ± fixarea internă vor preveni acest lucru).

Notă: osteoporoza şi vârsta înaintată nu întârzie.

Tratamentul non-uniunii. Imobilizarea rigidă este utilă (de ex. fixare internă). Dacă nu există calus, o grefă de os cortical poate fi utilă, asigurând atât fixarea cât şi un stimul osteogen. Grefa poate fi inserată, sau fixată cu şuruburi deasupra capetelor osoase. Dacă realinierea nu este necesară, poate fi utilizată (± fixare internă) o grefă de os trabecular (utilizând bucăţele bogate în măduvă). Dacă există infecţie, poate fi necesară extirparea osului mort. Apoi spaţiul este completat de bucăţele de os, iar spaţiul este menţinut deschis prin fixare externă. Notă: inducerea unui câmp electromagnetic alternativ transversal pe fractură pare să dea rezultate încurajatoare.

Algodistrofia

Sinonime

Atrofia Sudeck
Sindromul distrofiei simpatice reflexe
Atrofia simpatică posttraumatică
Sindromul umăr-mână
Cauzalgia minoră
Osteoporoza posttraumatică dureroasă
Osteodistrofia posttraumatică Sudeck

Prezentare Poate urma la mai multe săptămâni sau luni după o leziune inițială – care poate fi traumatism minor, o fractură sau un infarct miocardic.[1] Durerea lancinată (care poate avea un declanşator) într-un membru însoţeşte instabilitatea vasomotorie. Membrul poate fi rece şi cianozat, sau cald şi transpirat (local). Sensibilitatea termică poate fi accentuată. Pielea zonei afectate poate fi edemaţiată – şi mai târziu strălucitoare şi atrofică. Pot apărea hiperreflexie şi contracturi tardive.

Notează că simptomele nu apar în zona traumatizată ci, mai curând, într-o zonă adiacentă.

Nu există semne generale, ca febră, tahicardie sau adenopatii.

Personalităţile timide, nevrotice sunt în mod deosebit afectate poate din cauza slabei mobilizări după leziunea inițială.[1]

Explorări Radiografii simple: osteoporoză localizată. Nu apare îngustarea spaţiului articular sau subţierea cartilajului. Scintigrafia osoasă arată preluare uniformă caracteristică.

Tratament Consideră fizioterapia şi AINS. Calcitonina şi blocajul postganglionar simpatic (guanetidină) au suporterii lor. În cele din urmă, afecţiunea este autolimitată.

---

[1] RM Atkins 1987 in *OTM*, 2ed OUP (page 16.89)

Traumatismele umărului şi braţului

Fractura claviculei. Este frecventă la tineri, şi deseori este rezultatul unei căderi pe braţul întins (ceea ce la vârstnici cauzează mai curând o fractură Colles). Sprijinul în faşă lată timp de 3 săptămâni este de obicei suficient. Fracturile capătului lateral pot necesita fixare internă.

Fracturile de scapulă şi acromion şi dizlocarea acromio-claviculară necesită rareori mai mult decât sprijin cu faşă. Se mobilizează precoce.

Fracturile colului humeral. Deseori acestea sunt impactate şi stabile; dacă există deplasare, sunt în pericol plexul brahial şi artera brahială. Pot fi necesare manipularea sau reducerea deschisă dacă există deplasare a epifizei humerale superioare (la copii) sau dacă există simultan şi o dizlocare a umărului.

Fracturile diafizei humerale. Sunt deseori cauzate de o cădere pe braţul întins. Deplasarea importantă uşurează diagnosticul. Lezarea nervului radial poate cauza paralizie radială. Atelele de metal în formă de şanţ şi imobilizarea cu faşă de la mână la umăr asigură de obicei o reducere satisfăcătoare. Se imobilizează 8-12 săptămâni.

Dizlocarea anterioară a umărului. Poate fi urmarea unei căderi pe braţ sau pe umăr. Semne: pierderea conturului umărului (aplatizarea muşchiului deltoid), o proeminenţă anterioară a capului humerusului, care poate fi palpată şi în axilă. Lezarea nervului axilar poate cauza paralizia deltoidianului şi anestezie la nivelul unei zone situată sub umăr. Înainte de reducere, se face radiografie (există şi o fractură?). Ameliorează durerea (de ex. opioid parenteral, şi Eutonox® în timpul procedurii).

Metodele de reducere:

Tratament prin reducere simplă. Aplică o tracţiune longitudinală asupra braţului în abducţie, şi aşează la loc capul humerusului prin presiune blândă.

Metoda Kocher: **A** Flectează cotul şi aplică tracţiune asupra braţului. **B** Aplică o rotaţie externă forţată şi **C** o adducţie a punctului cotului transversal pe torace, cu braţul flectat din umăr. **D** Acum aplică o rotaţie internă, astfel încât suprafaţa volară a antebraţului să fie în contact cu toracele. Risc: fracturarea humerusului.

Metoda lui Hipocrat:[1] Cu pacientul întins pe un plan tare, prinde încheietura pumnului ipsilaterală, şi aplicaţi o tracţiune, în jos asupra braţului, cu o contra-tracţiune asigurată de piciorul dv. desculţ în axilă (această metodă îţi oferă unica şansă de a pune în mod justificabil piciorul pe pacient). Ţine coatele şi genunchii drepţi, şi trage-te înapoi. Acum degetele piciorului tău pot acţiona ca scripete pentru repoziţionarea capului humeral, în timp ce roteşti lent membrul spre extern, şi apoi în adducţie. Oferă analgezie înaintea manipulării. Unele surse susţin că această metodă este însoţită de riscuri mai puţine pentru vasele axilare şi capul humeral.

În cazul dizlocării recurente, poate fi necesară intervenţia chirurgicală (de ex. intervenţia Patti-Platt şi Bankart de întărire a capsulei şi coifului rotatorilor).

Dizlocarea posterioară a umărului este rară, şi poate fi cauzată de convulsii sau terapia electroconvulsivantă (neînsoţită de paralizie). Poate fi greu de diagnosticat printr-o radiografie anteroposterioară (aspect de "bec" al capului humeral), radiografiile laterale sunt esenţiale.

---

[1] D Fair 1993 Comments on *Pye's Surgical Handicraft* 16ed, 1950, *BMJ* ii 808.

Fracturile cotului şi antebraţului

Humerusul. *Fracturi supracondiliene:* Pacientul este de obicei un copil care a căzut pe mâna întinsă. Cotul trebuie să fie ţinut în extensie după traumatism, pentru a preveni lezarea arterei brahiale. Paraliziile nervilor median şi ulnar sunt complicaţii rare. Se reduce sub anestezie şi ghidaj radiologic. Se evită flexia mai mare de 90° a cotului. Este necesară observarea atentă post-operatorie. Pulsul radial poate fi absent timp de 24 h după reducere, deşi perfuzia membrului este de obicei suficientă pentru a preveni contractura ischemică Volkmann (p. 696). Pentru menţinerea reducerii poate fi necesară tracţiunea Dunlop (cotul este menţinut în semi-extensie prin tracţiune axială, în timp ce o a doua greutate este suspendată de capătul distal al braţului). Dacă instabilitatea este mare, poate fi necesară fixarea internă.

Fracturile condilului medial: Pot necesita intervenţie chirurgicală dacă manipularea nu reuşeşte o reducere satisfăcătoare.

Fracturile condilului lateral: Este necesară fixarea chirurgicală. Complicaţii: cubitus valgus şi paralizia nervului ulnar.

Fracturile intercondiliene, în formă de T, ale humerusului: Este vorba de o fractură supracondiliană însoţită de o fisură între condili. Prezenţa unei fracturi poate fi sugerată de proeminenţa pernuţei adipoase triunghiulare pe suprafaţa anterioară a humerusului distal ("semnul pernuţei de grăsime"), văzută pe radiografia laterală de cot – ceea ce indică un revărsat. Se compară cu celălalt cot. Dacă nu este vizibilă nici o fractură, dar este prezent un revărsat, se tratează iniţial cu o faşă lată pentru braţ. Se repetă radiografia după 10 zile (când fracturile se văd mai uşor); – dacă nu apare nici o fractură, începe mobilizarea. În caz de fracturi, poate fi necesară continuarea imobilizării (± fixare internă); fizioterapia este vitală pentru prevenirea redorii prelungite.

Fracturile capului radial. Cotul este mărit de volum şi dureros, iar pronaţia şi supinaţia sunt deosebit de dureroase. Radiografia arată deseori un revărsat, dar fracturile minore sunt deseori trecute cu vederea. Fracturile fără deplasare pot fi imobilizate cu faşă – dacă fractura este deplasată, poate fi necesară fixarea internă sau excizia capului radial. Complicaţii: paralizia nervului radial (rară).

Cotul tras. Pacientul este un copil (1-4 ani) care a fost tras de braţe în sus în timpul jocului, producându-se alunecarea capului radial din ligamentul anular. Rotaţia cotului (supinaţia forţată cu un police aplicat pe capul radial) poate fi suficientă, reducerea fiind însoţită de un clic. Radiografiile nu sunt necesare.

Dizlocarea cotului. Pacientul a căzut de obicei pe mâna încă nu complet întinsă, cu cotul puţin flectat, cauzând deplasarea înapoi a ulnei faţă de humerus, rezultând un cot mărit de volum, fixat în flexie. Leziunile arterei brahiale şi nervului median sunt rare. Reducere (± anestezie): stai în picioare în spatele pacientului, flectează-i cotul şi, cu degetele în jurul epicondililor, împinge înainte pe olecran cu ambele police. Manevra poate fi ajutată de tracţiunea la articulaţia umărului, asigurată de un ajutor care stă în picioare de cealaltă parte. Se imobilizează cu faşă timp de 3 săptămâni.

Fracturile olecranului sunt frecvent parte a unei fracturi, dizlocări de cot. Poate exista o deplasare majoră a fragmentului proximal, cauzată de acţiunea tricepsului. Deseori este necesară reducerea deschisă cu fixare internă.

Fracturile Monteggia şi Galeazzi Vezi p. 846 şi p. 841.

Fracturi şi dizlocări ale pumnului

Fractura Colles. Această fractură a capului radial distal este frecventă la femei în post-menopauză, cu osteoporoză, după o cădere pe mâna întinsă. Există o angulare posterioară şi o deplasare, care produc o deformare în "furculiţă" a pumnului, văzută în pronaţie (degetele fiind colţii furculiţei). Poate apărea şi avulsia procesului stiloid al ulnei. Dacă deplasarea este majoră, va fi necesară reducerea, în special dacă fragmentul distal este deplasat proximal şi posterior.

Tratament: Blocaj Bier (anestezie regională) – metodă:

1 Plasează în jurul braţului două manşete de tensiometru.

2 Ridică-i braţul timp de 1 min, şi apoi umflă manşeta superioară la 250 mmHg.

3 Injectează 30-40 ml prilocaină 0,5% într-o venă de pe dosul mâinii.

4 Manipulează fractura 10 min mai târziu.

5 La 20 min după injecţie, dezumflă manşeta superioară şi umfl-o pe cea inferioară. NB: eliberarea bruscă a prilocainei în circulaţie poate cauza convulsii. Alte metode, ca utilizarea unei doze mai mici de anestezic infiltrate direct în hematom, par să fie mai puţin eficiente.[1] În unele centre se injectează în hematom 10-20 ml bupivacaină 0,5%, cu manipulare după 30 min, complicaţii: anestezie de slabă calitate; septicemie. Alternativa este anestezia generală.

Manipularea: Pregăteşte un pansament gipsat până la degete. Roagă un asistent să ţină cotul. Aplică o tracţiune pentru a dezimpacta fragmentul şi a-l împinge înainte, către partea ulnară. Menţinând braţul în tracţiune, aplică gipsul, cu pumnul uşor flectat şi mâna în deviaţie ulnară. Se sprijină cu o faşă, după ce radiografia a arătat o bună poziţionare. Se face o radiografie de control după 5 zile, când edemul s-a redus. Atunci se completează şi gipsul. Complicaţii: simptome de nerv median (se remit după o reducere bună); rupturi tendinoase; maluniune, atrofie Südeck (p. 786).

Fractura Smith şi **fractura Bennett.** Vezi p. 846 şi p. 837.

Fractura de scafoid. Aceste fracturi, care sunt în mod notoriu uşor de trecut cu vederea pe radiografii, pot fi produse de o cădere pe mână.

Semne: mărire de volum, durere la mişcări şi sensibilitate la palpare în tabachera anatomică (între tendoanele extensorului lung al policelui şi abductorului lung al policelui). *Radiografii:* dacă se suspectează o fractură, cere incidenţe adiţionale oblice pentru scafoid. Dacă radiografiile sunt negative, iar fractura scafoidului este intens suspectată, un test bun este tomografia osoasă.[2] Dacă aceasta nu este disponibilă, se pune gips şi se radiografiază după 2 săptămâni, când fractura poate fi vizibilă.

Tratament: Imobilizează în gips de mai jos de cot până dincolo de degete (include şi policele până la baza unghiei), până când are loc uniunea (de ex. 8 săptămâni).

În cazul non-uniunii, consideră o grefă osoasă sau o fixare cu şurub Herbert. Complicaţii: dat fiind că artera nutritivă pătrunde distal, poate apărea necroza avasculară a fragmentului proximal. Aceasta poate cauza modificări degenerative tardive la nivelul pumnului.

Dizlocarea carpului. Poate fi anterioară sau posterioară. Ambele necesită manipulare promptă sau reducere deschisă şi imobilizare în gips timp de 6 săptămâni. Poate apărea compresia nervului median.

---

1 A Cobb 1985 *BMJ* ii 1683 2 *Injury* 1992 **23** 77-9

Leziunile mâinii

▶ *Nu există leziuni minore ale mâinii.* Orice soluţie de continuitate a tegumentului poate fi începutul unui lanţ de evenimente care poate duce la pierderea celui mai preţios instrument uman.

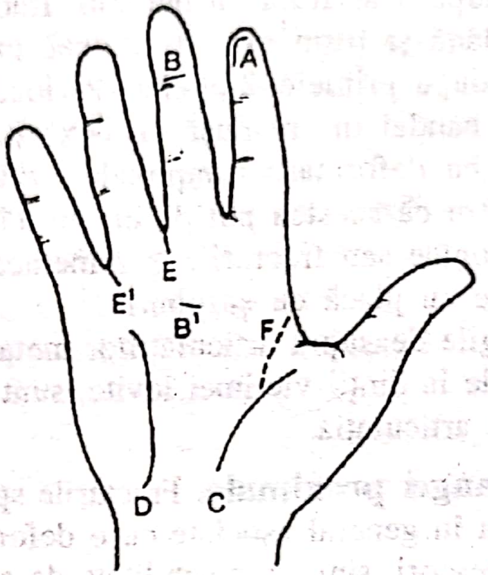
Infecţii. Cauza uzuală este streptococul sau stafilococul. Poate apărea extensie de-a lungul unei teci tendinoase care se poate necroza.

Tratament: Dacă există puroi, se face o însămânţare. Se dă flucloxacilină 250 mg/6 h PO sau eritromicină 500 mg/12 h PO începând cu 1h înainte de intervenţie. Sub anestezie generală şi garou, se explorează câmpul ischemic. Dacă este necesar, se excizează teaca sinovială la capătul ei proximal. Pot fi întâlnite colecţii localizate de puroi în tecile tendinoase sau în spaţiile palmare. Este indicat drenajul chirurgical pentru orice abces (de ex. paronichial sau tardiv). Uneori este posibilă sutura primară, cu condiţia ca tot materialul necrotic să fi fost înlăturat. Un abces "rece" cronic al tecii unui tendon sugerează tuberculoză. Solicită imediat ajutorul unui expert.

Leziuni ale nervilor (vezi p. 746 & 814). Examinează funcţiile sensitive şi motorii corespunzătoare nervilor respectivi. Inabilitatea de a ridica policele peste nivelul palmei semnifică o leziune a nervului median (insuficienţa abductorului pollicis brevis). Nervii mai mici decît nervul digital la nivelul articulaţiei interfalangiene distale sunt dificil de reparat. Deficitul funcţional este mai mic dacă leziunea afectează un nerv ce deserveşte doar o anumită modalitate (senzitivă sau motorie), deoarece prelungirile care se regenerează cresc direct în tubul Schwann cel mai apropiat, într-un ritm de 1 mm/zi, indiferent de tipul nervului.

Leziuni ale tendoanelor. Incapacitatea de a ridica degetul prin extensia articulaţiilor metacarpo-falangiene indică o leziune (desprindere) a tendoanelor. Incapacitatea de a flecta articulaţiile interfalangiene distale, împotriva unei rezistenţe indică o disecţie a flexorului digitorum profundus. Dacă acesta este intact, însă este afectată flexia articulaţiilor interfalangiene proximale, este vorba despre o diviziune a flexorului superficial. Secţionarea flexorului pollicis longus duce la inabilitatea de a flecta articulaţia interfalangiană a policelui.

În general leziunile tendoanelor flexorilor se tratează prin reparaţie primară. Dacă există o pierdere de segment de tendon reparaţia se va face eventual stadializat, cu un implant de plastic pentru a menţine deschisă teaca tendinoasă, urmat de o grefă de tendon. Fizioterapia intensivă a mâinii, sub supraveghere, este esenţială.



Incizii la mână: A drenajul spaţiului pulpar; B şi B', lavajul tendoanelor flexorilor; C, drenajul bursei radiale; D, drenajul bursei ulnare, E şi E', pentru spaţiul mediopalmar; F, drenajul spaţiului tenar.

Fracturile mâinii

Fracturile metacarpienelor. Acestea necesită manipulare numai dacă există o deplasare majoră. Cel mai frecvent este afectat metacarpianul V, deseori după o lovitură cu pumnul. Imobilizare până la 10 zile într-un bandaj de lână şi tifon este de obicei suficientă, cu încurajarea mişcării degetelor după primele 2-3 zile. Perioade mai lungi de imobilizare cu atelă sau bandaj în "mănuşă de box" pot duce la redoare. Trimite orice fracturi cu deformare rotaţională evidentă (o decizie clinică, nu radiologică) pentru că acestea pot da invalidităţi. Fracturile rotaţionale sau fracturile rotaţionale sau fracturile ≥ 2 metacarpiene necesită de obicei fixare operatorie cu placă cu şuruburi.

►Atenţie la plăgile deasupra articulaţiilor metacarpofalangiene – acestea provin deseori de la dinţii victimei lovite, sunt muşcături contaminate, şi pot comunica cu articulaţia.

Fracturile falangei proximale. Fracturile spirale sau oblice apărute în această zonă sunt în general asociate cu o deformare rotaţională – care trebuie corectată. Deseori, singura posibilitate de a o face corect este prin reducere şi fixare deschisă.

Fracturile falangelor intermediare. Acestea trebuie manipulate şi imobilizate în flexie pe o atelă flexibilă de metal, iar degetul afectat trebuie legat de cel vecin. Scopul este de a controla rotaţia, care poate interfera cu flexia ulterioară a degetului.

Fracturile falangelor terminale pot fi cauzate de leziuni de zdrobire şi sunt deseori cominutive. Dacă sunt închise, simptomele pot fi ameliorate prin trepanarea unghiei pentru a reduce edemul (poate fi utilizat ca perforator un ac intradermic, sau unghia poate fi perforată cu o clemă de hârtie încălzită la flacără de parafină).

În caz de amputaţii parţiale ale vârfului degetului, pot fi necesare grefe cutanate despicate din eminenţa tenară.

Degetul în nicovală. Vârful degetului cade din cauza avulsiei inserţiei tendonului extensor pe falanga terminală. Dacă tendonul smuls cuprinde şi o bucăţică de os, uniunea este mai uşoară – cu o "atelă pentru deget în nicovală" de plastic sau o simplă spatulă de lemn (cu fetru adeziv) care ţine falanga terminală lipită în extensie. Se menţine 6 săptămâni. Dacă extensia activă rămâne limitată, poate fi necesară artrodeza interfalangiană. Prognosticul este mai prost în cazul când se întârzie imobilizarea, şi la cei > 50 ani.

Policele crescătorului de păsări. Este numit astfel din cauza rupturii ligamentului colateral ulnar al articulaţiei metacarpofalangiene a policelui, în timpul abducţiei forţate a policelui care are loc la sucirea gâtului unui fazan. Aceeaşi leziune este descrisă şi la schiorii de slalom care cad şi îşi prind policele în legătura beţelor ("policele de la poalele dealului"). Diagnosticul poate fi dificil pentru că policele este dureros de examinat dar trecerea cu vederea a acestei leziuni poate condamna pacientul la slăbirea pensei digitale – injectează 1-2 ml lignocaină 1% simplă în jurul ligamentului pentru a facilita examinarea. Aproape întotdeauna capetele ligamentului sunt întoarse către interiorul articulaţiei, şi cea mai bună rezolvare este intervenţia şi reparaţia deschisă.

Fracturile pelvisului

▶*Pelvisul este ca o armură: după ce se rupe ai mai multă grijă de ceea ce conține decât de el însuși.*[1]

Datorită structurii inelare a pelvisului, fracturile unice sunt deseori stabile și nu necesită alt tratament decât repaus de câteva săptămâni. Dimpotrivă, ≥ 2 fracturi ale pelvisului (din care una deasupra nivelului șoldului) fac inelul instabil și reprezintă o leziune serioasă, cu leziuni interne în 25% din cazuri. Forța care produce fractura este de obicei o forță de compresie, deseori dintr-un accident de circulație (60%). *Exemple:* fracturi de iliac și ramură pubică (uni- sau bilaterale); fractură printr-o articulație sacroiliacă și o ramură pubică (vezi mai jos).

Fractura Malgaigne (20% din fracturile pelviene, 60% dintre cele instabile), întreruperea conturului pelvian anterior și posterior, cu deplasarea unui fragment central care conține articulația șoldului.

Fracturi acetabulare. Sedii frecvente: buza posterioară sau transversă. Pentru definirea exactă a leziunilor sunt necesare două radiografii oblice la 45° (± CT).

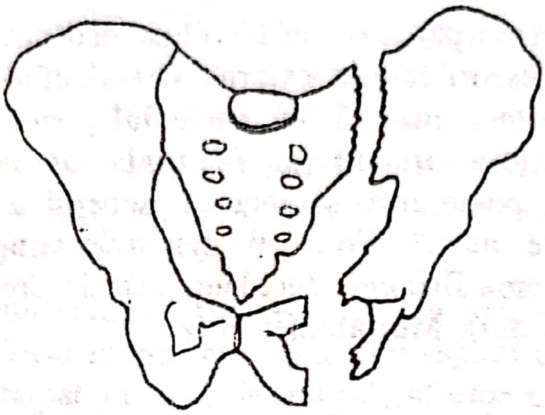
Tratament: reducere deschisă și reconstrucția suprafeței articulare - pentru a întârzia instalarea artrozei secundare.

Complicații • Hemoragie (de ex. artera iliacă internă). Controlează pulsurile la pedioasă, TA, PVC + debitul urinar frecvent. Transfuzia este deseori necesară. ▶Pentru stabilizarea rapidă a pelvisului în camera de resuscitare, se poate folosi fixarea externă. Această procedură simplă reduce dramatic pierderile sanguine.

- Ruptura vezicală – poate fi intraperitoneală sau extraperitoneală.
- Perforația vaginală și rectală – caută hemoragia. Ambele sunt rare.
- Compresia nervului sciatic – există dureri persistente.
- Ruptura uretrei – deseori la joncțiunea între porțiunile prostatică și membranoasă la bărbați. Apariția unei picături de sânge la meatul uretral este sugestivă. Pacientul poate fi în imposibilitatea de a urina (evită încercările repetate). La tușeul rectal, prostata poate fi ridicată și imposibil de atins.

Tratament. Ameliorează durerea și înlocuiește sângele. Suspendează imediat pacientul într-o fașă pelviană. Pacientul stă întins pe spate cu pelvisul deasupra curburii fașei, care exercită o tracțiune superioară și medială (astfel compresie) prin greutăți și scripeți suspendați deasupra patului. O tracțiune este aplicată și membrelor inferioare. Poate fi necesară reconstrucția chirurgicală.

Dacă este suspectată o ruptură de uretră, introdu un cateter suprapubian, și cere consult urologic specializat. Dacă este găsit numai un volum mic de urină, cauza poate fi ruptura vezicii. Cere ajutor specializat. Poate fi necesară o cistogramă. Evită cateterele uretrale – pot crea căi false.



---

[1] M Rang 1983 *Children's Fractures* p. 233 JB Lippincott

Leziunile şoldului şi femurului

Fracturile incomplete sau impactate ale capului femural se pot prezenta cu coxa valgus; fractura completă cu dizlocare se poate prezenta cu coxa varus.

Fracturile intracapsulare au loc chiar dedesubtul capului femural. Aceasta cauzează deseori rotaţia externă şi abducţia membrului inferior. Forţa de impact poate fi minoră, iar pacientul poate merge (dar cu dificultate). Întrucât artera circumflexă femurală medială irigă capul prin intermediul colului, poate surveni necroza ischemică a capului, mai ales dacă deplasarea este majoră. Fracturile femurale ocupă 20% din paturile de ortopedie din Marea Britanie. Incidenţa este în creştere (~1: 100/an la femeile între 75-84 ani). Mortalitate: 50%.

Tratament

- Evaluează semnele vitale. Tratează şocul cu Haemaccel® dar atenţie la insuficienţa cardiacă incipientă. Dacă este prezentă, monitorizează PVC.
- Ameliorează durerea (de ex. morfină 0,2 mg/kg IM + proclorperazină 12,5 mg IM).
- Radiografii: o incidenţă laterală de bună calitate este esenţială pentru diagnostic în caz de impactare sau deplasare minoră.
- Pregăteşte pentru operaţie: HC, U&E, RXT, ECG, sânge 2U compatibil, consimţământ. Informează anestezistul despre orice medicamente pe care le ia pacientul.

Rezolvă toate problemele medicale înainte de a se angaja operaţia.

- În operaţie: dacă deplasarea este minimă, se face fie fixare cu şuruburi multiple, fie şuruburi Garden. (Plăcile cu cuie nu sunt folosite pentru fracturile intracapsulare.)

O alternativă este excizia capului cu inserţia unei proteze.

Fracturile intertrohanteriene-extracapsulare (între trohanterele mare şi mic). Apar la un grup de vârstă mai tânăr şi, aportul sanguin fiind adecvat, non-uniunea este rară. *Tratament:* tracţiune şi repaus la pat timp de 3 luni – sau fixare internă (de ex. cu placă şi cui sau şurub Richard). Principiul plăcii cu şurub este de a fixa fractura, dar de a permite compresia prin alunecare.

Fractura diafizei femurale ▶Este artera femurală ruptă? (Caută edemul şi controlează pulsurile distale). Pot apărea şi leziuni ale nervului sciatic. Fragmentul osos proximal va fi flectat de iliopsoas, addus de fesierul mediu, şi rotat lateral de fesierul superior. Fragmentul inferior va fi tras în sus de popliteu şi addus (cu rotaţie laterală) de adductori.

Tratament: se face tipic cu un cui blocat intramedular. Este introdus proximal pe o sârmă de ghidaj care poate fi manipulată în zona de fractură sub control radiologic. Aceasta permite mobilizarea precoce. Alternativă: manipularea sub anestezie (reducerea exactă nu este necesară) cu tracţiune fixă cu o atelă de genunchi Thomas, tracţiune scheletală, sau tracţiune prin alunecare, cu coapsa sprijinită de o ramă, sau o centură de gips cu balama la genunchi (aceasta permite în mod precoce lăsarea greutăţii pe piciorul respectiv). Uniunea necesită 3-4 luni. Fixarea cu cui intramedular permite restaurarea precoce a funcţionalităţii.

Fracturile condiliene şi fracturile platoului tibial. Fiind intra-articulare, acestea necesită reconstrucţia articulară corectă pentru a minimaliza modificările artrozice secundare.

Dizlocarea posterioară de şold. Apare în accidente de circulaţie, la pasagerii de pe locurile din faţă, când genunchiul loveşte bordul. Capul femural poate fi palpat în fesă. Membrul inferior este flectat, addus şi scurtat. Pot exista leziuni ale ramurii poplitee a nervului sciatic. *Tratament:* reducere sub anestezie, ridicând capul femural înapoi în articulaţie. Tracţiunea (timp de aproximativ 3 săptămâni) permite vindecarea capsulei articulare.

Fractura – dizlocare a şoldului. Este descrisă la p. 798.

Leziunile gambei

Rotula. Dizlocarea laterală poate fi cauzată de o lovitură laterală în genunchi, ce produce o ruptură a capsulei mediale şi aponevrozei cvadricepsului. Este o leziune a tinerilor. La examinare, flexia genunchiului este imposibilă. Dizlocarea recurentă poate fi legată de o anomalie de dezvoltare a condilului femural lateral. Contracţia bruscă a cvadricepsului poate rupe rotula transversal, iar forţa directă poate produce o fractură "stelată" multiplă (fără deplasare în interiorul tendonului cvadricepsului).

Genunchiul. *Lezarea ligamentelor colaterale* este frecventă în sport, de ex. apărând cu revărsat ± durere deasupra ligamentului lezat. Este necesar repaus, apoi sprijin ferm. Dacă există o ruptură completă, solicitarea în varus şi valgus deschide articulaţia, iar genunchiul este ţinut în flexie la 10° (dacă genunchiul este ţinut în extensie, este rupt şi un ligament încrucişat).

Rupturile de încrucişat anterior: Tipic, acestea sunt urmarea unor lovituri posterioare în tibie sau leziuni rotatorii, cu piciorul flexat pe sol. Semne: revărsat, hemartroză şi un semn al "sertarului" pozitiv. (Imobilizează membrul inferior al pacientului stând pe piciorul lui, şi apoi, cu genunchiul flectat la 90°, apucă tibia superioară şi încearcă s-o tragi spre tine, opus femurului. Notă: semnul invers sugerează o ruptură de încrucişat posterior – de ex. după accidente de automobil, când genunchiul loveşte bordul). Fă un "test al pivotului" (p. 714). Poate fi necesară examinarea sub anestezie. *Tratament:* poate fi problematic. Repausul timp de 3 săptămâni într-un cilindru gipsat poate fi util. Dacă problemele (instabilitatea genunchiului) persistă, consideră reconstrucţia cu ajutorul unei părţi a tendonului rotulian. Fizioterapia este adecvată pentru ~ 60%.

Rupturile cartilajului semilunar. Rupturile cartilajului medial (de ex. în "mâner de găleată") sunt urmarea unor răsuciri forţate pe un genunchi flectat (de ex. la fotbal). Adducţia cu rotaţie internă cauzează rupturi ale cartilajului lateral. Extensia este limitată (genunchiul "se blochează"), segmentul deplasat localizându-se între condilii femural şi tibial. Pacientul trebuie să se oprească din ceea ce face, şi poate merge numai pe vârfuri, sau deloc. Linia articulară este dureroasă, iar testul Mc Murray este + (p. 714). Dacă "mânerul găleţii" devine liber la un capăt (ruptură în "cioc de papagal") genunchiul îşi dă brusc drumul, în loc să se blocheze.

Explorări: MRI; artroscopie. *Tratament:* extirparea meniscului lezat.

Fracturile tibiei. *Fracturile prin smulgere* ale regiunii intercondiliene survin deseori cu leziuni de încrucişat anterior. Este necesară tracţiunea prin alunecare, sau intervenţie chirurgicală cu elevarea deschisă a suprafeţei articulare.

Fracturile diafizei tibiale prezintă rareori deplasare, dacă fibula nu este şi ea fracturată. Fracturile compuse sunt frecvente, dat fiind că ţesutul de acoperire anterior este în cantitate mică. Ruptura arterei nutritive poate duce la non-uniune în cazul fracturilor treimii inferioare ale tibiei.

Tratament: închide fracturile cominutive cât mai curând posibil. Redu sub anestezie. Tratamentul de elecţie pentru fracturile închise este reprezentat de cuiele intramedulare. Fracturile deschise sunt tratate prin fixare externă sau cuie intramedulare neblocate. Acele Steinmann sunt rar utilizate astăzi. Un pansament suportiv poate fi suficient pentru fracturile izolate ale fibulei.

Dilacerările pretibiale. Gamba (mai ales la vârstnici) are o irigare sanguină slabă. Este vulnerabilă la plăgi prin lambouri, de ex. cauzate de treptele autobuzelor. *Tratament:* încearcă să netezeşti *tot* lamboul şi repoziţionează-l cu atenţie: unealta ideală este "celălalt capăt al unui ac Vacutaine®, în teaca sa de cauciuc. Cel mai important lucru este prevenirea tensiunii – astfel încât închiderea cutanată cu benzi adezive (de ex. Steristrip®), care pot fi lărgite dacă ţesuturile se edemaţiază, este mai bună decât suturile. Pansează plaga şi recomandă un bandaj elastic şi elevarea membrului. Cheamă la control pentru infecţii, tensiunea plăgii şi necroză.

Luxaţiile şi fracturile gleznei şi piciorului

Entorsele de gleznă. Inversia prin răsucire este responsabilă de frecventa entorsă a părţii anterioare talofibulare a ligamentului lateral.

Semne: redoare, durere la palparea ligamentului lateral, durere la inversie. Numai dacă există edem sau incapacitate de a suporta greutatea se fac radiografii pentru a exclude fractura maleolei laterale (p. 828). *Tratament:* Este necesar un simplu pansament sau un gips de sub genunchi (dacă există un edem mare). Ruptura completă este diagnosticată de radiografie, în poziţie de efort sub AG, şi poate necesita intervenţie chirurgicală. Entorsele ligamentului deltoidian medial sunt mai mari şi deseori necesită numai pansament simplu. Exerciţiile de mers supravegheate şi terapia cu diadinamice ameliorează simptomele.

Fracturile maleolare şi metatarsiene. Fiecare dintre maleole poate fi fracturată prin leziunile de mai sus. Rotaţia cauzează fractura oblică a maleolei laterale (greu de văzut altfel decât pe radiografii laterale), sau o fractură proximală a metatarsianului V (smulgere de către peroneul scurt). *Tratament:* intervenţie chirurgicală de refacere a lungimii fibulei prin reducere deschisă şi fixarea maleolei.

Leziunile prin eversie pot produce fracturi bimaleolare. Acestea sunt foarte instabile şi necesită fie un gips peste genunchi (cu genunchiul în flexie pentru a controla rotaţia) fie fixare internă. *Fractura Dupuytren* fractură distală de fibulă cu ruptură distală a ligamentului tibio-fibular ± fractură a capătului inferoposterior al tibiei (trimaleolară) cu deplasare laterală a talusului. *Tratament:* reducere deschisă ± fixare cu şuruburi dacă este afectată > 1/3 din suprafaţa articulară. Nu se sprijină pe piciorul respectiv timp de 7 săptămâni.

Fractura Maisonneuve: Fractură *proximală* de fibulă + ruptura sindesmozei, şi fractură a maleolei mediale sau ruptură a ligamentului deltoidian. Dacă 2 oase se dizlocă acolo unde nu există o articulaţie adevărată, se foloseşte termenul "diastază".

►Întotdeauna, în cazul "entorselor de gleznă", examinează fibula proximală.

Clasificarea AO🖫

A Fractură transversă de fibulă la sau sub linia articulară.

B Fractură spirală de fibulă începând la linia articulară, cu leziuni mediale.

C1 Fractură oblică de fibulă deasupra unui ligament tibiofibular rupt, cu leziuni mediale asociate.

C2 Fractură Maisonneuve, numai că fractura fibulară este mai proximală.

Alte fracturi. *Fractura colului talusului* apare frecvent în cazul subluxaţiei subtalare după dorsiflexie forţată, şi este o leziune gravă deoarece întreruperea vaselor în sinus tarsi poate duce la necroza avasculară a corpului talusului. *Tratament:* reducerea corectă prin manipulare şi un gips care să menţină piciorul în flexie plantară pentru menţinerea reducerii. Dacă deplasarea corpului lezează artera tibială posterioară, va fi necesară fixarea cu sârme, cu un gips timp de 12 săptămâni. *Fracturile osului calcanean* sunt deseori bilaterale, urmarea unei căderi de la înălţime – şi pot fi asociate cu fracturi de coloană. *Semne:* edem, tumefacţie şi imposibilitate de a se sprijini pe picior. ▶ *Pătrunde fractura în articulaţia subtalară?* Aceasta reprezintă o leziune mai gravă. Tratamentul este deseori conservator, cu elevare în pat până la remiterea edemului. Vindecarea poate dura multe luni şi necesită o artrodeză subtalară.

Dizlocarea mediotarsiană produce un picior dureros, mărit de volum. Suprafaţa articulară proximală a navicularului nu se articulează cu talusul. *Tratament:* Este necesară manipularea precoce şi imobilizarea în gips.

Dizlocarea Lisfranc a primei articulaţii tarso-metatarsiene este periculoasă pentru că poate afecta irigarea sanguină a piciorului medial. Fractura de marş a metatarsianului II este urmarea suprasolicitării prin mers pe jos excesiv. Tratament: imobilizare în gips timp de 6 săptămâni.

Fracturile degetelor Tratament: simple pansamente protectoare.

---

[1] SH Kozin 1992 *Handbook of Common Orthopaedic Fractures,* 2 edn, Medical Surveillance Inc, West Chester, USA

▶▶ Traumatisme craniene

Conduita de urgență. Eliberează căile aeriene; ventilează în caz de necesitate; protejează coloana cervicală. ►Dacă pupilele sunt inegale, pune diagnosticul de hipertensiune intracraniană (HIC), de ex. prin hemoragie extradurală și cere urgent asistență neurochirurgicală. Pot fi necesare găuri Burr (de partea pupilei dilatate). Alte semne de HIC ↑: comă din ce în ce mai profundă (sau un interval de luciditate, apoi recădere), respirație Cheyne-Stokes, apnee, pupile fixe, dilatate (la început ipsilateral) și postură în extensie. Încearcă administrarea de manitol 20% 5 ml/kg IV în 15 min. Cere asistența unui anestezist cu transfer într-un centru neurochirurgical pentru o CT urgentă ± craniotomie. Scopul tău să fie de a oferi neurochirurgului un creier bine oxigenat, bine perfuzat.

Tratament inițial Notează totul în foaie, cu atenție. Înregistrează corect orele.

- O_2 inspirat în flux ridicat ($F_I O_2 > 0,85$ + mască ajustată cu rezervor).
- Oprește hemoragia. Măsoară TA, tratează șocul cu Haemaccel® (vezi MMC, p. 720).
- Anamneză. Când? Unde? Cum? A avut o convulsie? Interval lucid? Alcool?
- Caută alte leziuni. Măsoară alcoolemia, gazele sanguine, U&E, glucoza, HC.
- În caz de comă, aplică scala de comă Glasgow (p. 768).
- Dacă bolnavul este alert, înregistrează cea mai complexă comandă pe care o poate îndeplini.
- Evaluează amnezia anterogradă (pierderea din momentul traumatismului) și amnezia retrogradă – pentru evenimentele pre-traumatice (extinderea ei se corelează cu severitatea traumatismului, și nu apare niciodată fără amnezie anterogradă).
- Examinează SNC. Monitorizează pulsul, TA, T°, respirațiile + pupilele la fiecare 15 min.
- Dacă există o fractură deschisă sau rinoree cu LCR, se face profilaxie antibiotică și antitetanică (MMC, p. 226). Trimite la neurochirurgie.
- Radiografii craniene (incidențe postero-anterioare Townes și laterale): caută fracturi sinusale și aer intracranian. Dacă epifiza este deplasată sau fracturile traversează vase sanguine (de ex. artera meningee medie-vasul hemoragiei extradurale), se face o CT.
- Îngrijire în poziție semi-șezândă dacă nu există leziuni medulare. Atenție meticuloasă pentru căile aeriene, ochi, vezică.
- Dacă leziunile nu sunt grave: poziție șezândă când cefaleea o permite (dacă este severă, suspectează o complicație). Tratează durerea cu aspirină. *Criterii de internare:* dificultatea evaluării (copil, post-ictal; intoxicație alcoolică); examen neurologic anormal (inclusiv starea mentală); cefalee severă sau vomă; fractură. Pierderea conștienței **nu** necesită in-

ternare în cazul în care pacientul este bine şi însoţit de un adult responsabil.

- Fii atent la complicaţii: precoce – hemoragie extradurală sau subdurală (vezi MMC, p. 440), leziuni de nervi cranieni, convulsii. Tardiv - hemoragie subdurală, convulsii, diabet insipid, parkinsonism, demenţă.

Pacienţi traumatizaţi obnubilaţi (GCS <15- >8) care miros a alcool. Fă o radiografie craniană (+ CT în caz de fractură sau semne de focar). Alcoolul este o cauză puţin probabilă a comei, dacă alcoolemia <44 mmol/l. Dacă testul nu se poate face, estimează alcoolul din gap-ul osmolar (vezi MMC, p. 636). (Dacă alcoolemia ~ 40 mmol/l gap-ul osmolar ~ 40 mmol/l.)

Ameliorarea după lezarea funcţiei cerebrale (contuzie). Creşterea volumului bătaie → respiraţii mai profunde → revenirea reflexelor bulbare → deschiderea ochilor → vomă → conştienţă → agitaţie → acuze de cefalee → amnezie → sindrom post-contuzional (cefalee, ameţeli, dificultăţi de concentrare, scăderea memoriei).

Indici de prognostic prost Vârstă înaintată, rigiditate de decerebrare, spasme ale extensorilor, comă prelungită, hipertensiune, PaO2 ↓ (la gazometrie), T°>39°C, 60% din cei care îşi pierd cunoştinţa >1 lună pot supravieţui 3-25 ani, dar pot necesita îngrijiri zilnice.

Risc de hematom intracranian (la adulţi). Pe deplin conştient, fără fractură craniană =<1:1000; confuz, fără fractură craniană =1:100; pe deplin conştient, fractură craniană = 1:30, confuz, fractură craniană = 1:4.

Când se ventilează *imediat*

Comă <8 pe Glasgow Coma Scale (GCS)

PaO_2 <9 kPa în aer (13kPa în O_2) $PaCO_2$ > 6 kPa

Hiperventilaţie spontană ($PaCO_2$<3,5)

Aritmie respiratorie, de ex. neregularitate

Necesită transfer în neurochirurgie:

Nivel al conştienţei în curs de deteriorare

Fractură bilaterală de mandibulă

Hemoragie în gură, de ex. fractură de bază de craniu

Convulsii

Informaţi neurochirurgul despre:

Vârsta pacientului; antecedente

Ora & mecanismul traumatismului

A vorbit sau nu după traumatism?

GCS la internare şi acum

Reacţiile pupilare şi ale membrelor

TA, puls, PaO_2, $PaCO_2$

Rata & tipul respiraţiilor,

Fractură craniană/alte leziuni

Tratament anterior; droguri.

►►Traumatisme ale feţei şi gâtului

► *Dacă există obstrucţie a căilor aeriene, solicită imediat asistenţă specializată.* Înlătură sângele, dinţii căzuţi (sau falşi) şi voma din gură. Aşează bolnavul în poziţie semi-şezândă pentru a preveni obstrucţia datorată limbii umflate şi lezate, dar ai totdeauna în minte posibilitatea leziunilor de coloană cervicală în cazul traumatismelor supraclaviculare. Dacă faringele se edemaţiază se face cricotirotomie (vezi MMC, p. 753), apoi traheostomie. Aspiraţia sângelui este prevenită prin aplicarea unei presiuni directe la nivelul zonei hemoragice.

Dilacerările feţei. Se curăţă cu meticulozitate. Alinierea ţesuturilor trebuie să fie exactă pentru a produce un rezultat cosmetic bun.

- Dilacerări complexe, se poate apela la un chirurg plastician?
- Muşcătură de câine: dă profilaxie antibiotică (de ex. co-amoxiclav 1 tab/8 h PO).
- Urechea jucătorului de rugby: aspiră hematomul (repetat la câteva zile) şi apoi aplică pansament compresiv ortopedic cu fetru adeziv fixat pe cap. Ruptură de timpan: avertizează pacientul să evite situaţiile în care apa ar putea pătrunde în meat.
- Dinţii smulşi pot fi înlocuiţi. Dacă au fost inhalaţi, aranjează o RXT expiratorie. Hemoragie gingivală: se muşcă un pansament îmbibat cu adrenalină, sau se suturează.
- Traumatisme oculare, fracturi nazale, şi epistaxis. Vezi p. 591, p. 626, şi p. 628.

Clasificarea leziunilor osoase (vezi pagina opusă)

Le Fort I separă porţiunea cu dinţi a maxilarului de maxilarul superior. Semne: crepitus la manipulare. Produce epistaxis dar rareori ameninţă căile aeriene.

Le Fort II: 1/3 medie a feţei este trasă în spate şi în jos. Ocluzia este deschisă. Căile respiratorii periclitate sunt salvate prin ridicarea spre anterior al incisivilor superiori.

Le Fort III: fractura se extinde în fosa anterioară prin marginile orbitale superioare. Poate apărea rinoree cu LCR (p. 626).

Traumatismele mandibulei. *Semne:* Edem şi tumefacţie locală; malocluzie mandibulară; un fragment mobil; în fracturile compuse osul poate protruziona în gură; dacă sunt cominutive, limba poate obstrucţiona căile aeriene. Solicită o consultaţie stomatologică specializată.

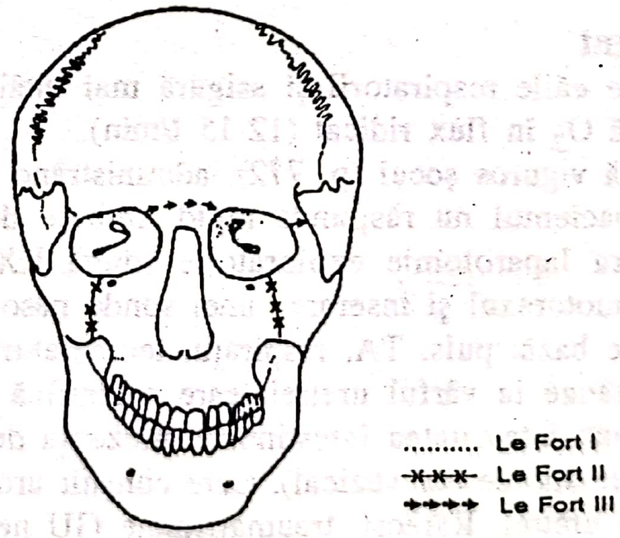
Tratamentul dizlocărilor: Pune policele (înmănuşat) peste dinţii din spate şi apasă în jos, în acelaşi timp ridicând bărbia în sus cu celelalte degete (ambele mâini). Consideră sedarea cu midazolam: titrează până la 0,07 mg/kg IV – începe cu 2 mg în 30 s, max. 1,5 mg la vârstnici – antidot: flumazenil 0,2 mg IV în 15 s, apoi 0,1 mg la fiecare 60 s, până la 1 mg în total. Loviturile în bărbie pot produce fracturi în zona de impact, sau fracturi indirecte lângă articulaţia temporo-mandibulară.

Fracturi: Reducere deschisă + fixare internă cu miniplăci.[1]

Traumatism în "lovitură de bici". Este o leziune cervicală produsă de flexia bruscă a gâtului cu hiperextensie de rebound. Este o leziune frecventă, mai ales în accidentele de automobil cu coliziuni din spate. Hiperextensia este cea care produce leziunile – ale structurilor musculo-ligamentare anterioare. Spasmul muscular protector consecutiv produce durere şi redoare, care pot arăta un fragment de os smuls din regiunea anterioară/inferioară a unui corp vertebral. *Tratament:* se recomandă deseori analgezie, un guler moale şi 2 săptămâni de repaus. Se pot încerca şi întinderi blânde şi mobilizare precoce. Simptomele se menţin >1 an, ele vor fi probabil permanente.

► Nu te baza pe radiografiile simple pentru a exclude fracturile de faţete articulare. Ele sunt mai probabile dacă gâtul este rotit în momentul extensiei forţate. Aici poate fi mai înţelept să ceri sfatul unui coleg specialist în privinţa indicaţiei unei CT.[2]

Alte întinderi cervicale după accidente de automobil (Văzute la 1/3 din pasageri la scurt timp după accident). Simptomele pot fi tardive – şi pot persista ani. Cel mai bun tratament constă în AINS, un guler cervical, şi consult în clinică, cu trimitere imediată la fizioterapie dacă simptomele o cer. Explică pacientului că gulerele cervicale sunt într-adevăr utile – greşeala uzuală este că sunt ajustate prea slab şi nu strîns.[3]



[1] S Layton 1994 *BMJ* i 70
[2] KE Jones 1993 *BMJ* ii 868
[3] K Porter 1989 *BMJ* i 973

▸▸Traumatismele abdominale

Leziunile penetrante necesită de obicei o laparotomie (laparoscopie de urgenţă). Evaluează gradul de penetrare (dacă nu este sigur) sub anestezie locală prin prelungirea traiectului plăgii, dacă este nevoie. Cere pentru aceasta asistenţă specializată. Laparotomia este indicată dacă există o ruptură a tecii posterioare a drepţilor.

Contuzia. Suspectează leziuni ale splinei, rinichiului, ficatului sau pancreasului. Forţele de deceleraţie pot separa ficatul de vena cavă inferioară, intestinul de mezenterul său, sau vezica de colul vezical. După contuzie, abdomenul şi toracele pot fi sediul unei hemoragii oculte – întotdeauna gândeşte-te la hemoragie intraabdominală dacă pacientul este în şoc şi nu este vizibilă nici o sursă de hemoragie.

Explorări. Pentru a decide cine poate fi externat după un traumatism neprecizat, posibil uşor, nu te baza pe teste ca ecografia sau paracenteza diagnostică (mai jos). Măsurătorile PVC pot fi şi ele înşelătoare. Monitorizarea semnelor vitale şi examinarea repetată a abdomenului nu pot fi înlocuite cu nimic. La pacientul tânăr şi în condiţie fizică bună, semnele şocului pot fi tardive. TA sistolică nu scade semnificativ până la pierderea a >30% din volemie.

Semne de leziuni organice. *Ruptură de splină:* Sugerată de şoc, durere şi distensie abdominală, durere în vârful umărului stâng, fractura coastei supraiacente.

Orice leziune viscerală poate produce echimoze în flancuri, lipsa zgomotelor abdominale şi spasm muscular. *Leziunile GU* sunt sugerate de hematurie.

Tratament

1 Menţine căile respiratorii şi asigură mai întâi ventilaţie adecvată. Administrează O_2 în flux ridicat (12-15 l/min).

2 Tratează viguros şocul (p. 772), administrând sânge compatibil.

3 Dacă pacientul nu răspunde rapid, trebuie dus direct în sala de operaţii pentru laparotomie exploratorie (după RXT urgentă pentru a exclude pneumotoraxul şi inserarea unei sonde nasogastrice).

4 Teste de bază: puls, TA, respiraţii, temperatură, debit urinar.

5 Caută sânge la vârful uretrei, care semnifică ruptură uretrală; PR pentru a evalua: integritatea intestinului, prezenţa de sânge, sau prostata sus plasată (leziune de col vezical). Cere consult urologic pentru a planifica repararea uretrei. Rareori, traumatismele GU necesită ureterostomie, uretero-neocistostomie, sau chiar autotransplant renal.

6 Examinează urina pentru hematurie francă sau macroscopică.

7 Consideră lavajul peritoneal (vezi pagina opusă, p. 812) sau paracenteză diagnostică în fosa iliacă stângă.

8 Aranjează o laparotomie exploratorie urgentă în caz de:

- Şoc (de ex. ruptură de splină).
- Peritonită (ruptură viscerală).
- Penetrare în grad necunoscut.
- Aer subdiafragmatic pe radiografii.

(Un rinichi nefuncţional la UIV este o indicaţie relativă). Nu renunţa la analgezie în timpul examenului, numai de frică să nu maschezi semnele.

9 *Explorări:* HC (GA ↑ apare în ruptura de splină), U&E, amilază.

10 *Radiologie:* Toţi cei cu contuzii serioase (de ex. RTA) necesită radiografii ale coloanei cervicale, toracelui şi pelvisului, ca parte a evaluării iniţiale. Filmele abdominale sunt parte a evaluării secundare: ia-le în considerare împreună cu UIV, RX de coloana toracolombară şi alte zone lezate.

---

[1] *Br J Surg* 1993 80 279

Lavajul peritoneal diagnostic (LPD)

Indicaţii. LPD este utilizat ca ajutor în diagnosticul leziunilor intraabdominale importante, urmare a traumatismelor, în special atunci când examenul abdominal prin palpare nu dă rezultate corecte; traumatism cranian; alcool) sau este dificil de interpretat (fracturile pelviene, de coaste inferioare şi coloană lombară pot produce dureri abdominale şi apărare musculară). Poate fi utilizat pentru a determina cauza unei hipotensiuni inexplicabile posttraumatice. Trebuie efectuat de chirurgul responsabil de orice operaţie ulterioară.

Contraindicaţii. Necesitatea unei laparotomii urgente este o contraindicaţie *absolută* – nu întârziaţi pentru LPD. La copii, CT abdominală (sau ecografia în unele centre) este investigaţia preferată. Contraindicaţii relative sunt sarcina avansată, ciroza, tulburare de coagulare cunoscută.

Tehnică. Vezica şi stomacul trebuie să fie goale, aşa încât introdu o sondă urinară (controlează mai întâi traumatismele uretrale) şi o sondă nasogastrică. Utilizează o asepsie strictă şi curăţă abdomenul pe linia mediană sub ombilic. Injectează lignocaină *cu adrenalină* la 1/3 din distanţa dintre ombilic şi simfiză, pe linia mediană (adrenalina limitează rezultatele fals pozitive datorate hemoragiei de perete abdominal). Incizează până la peritoneu, apoi apucă peritoneul cu 2 forcepsuri arteriale şi ridică-l de pe intestin. Incizează peritoneul şi trece un cateter de dializă în pelvis. Aspiră sângele – dacă >5 ml, LPD este pozitiv. Dacă <5 ml, introdu 10 ml/kg ser fiziologic cald. Lasă 5-10 min, apoi drenează lichidul prin poziţionarea pungii sub nivelul abdomenului.

Interpretare. Lichidul de lavaj *trebuie* trimis la laborator. Nu te baza pe aspectul vizibil cu ochiul liber. *Hematii:* $>10^5/\text{mm}^3$ este pozitiv. *Leucocite:* $>500/\text{mm}^3$ este pozitiv. Un rezultat pozitiv necesită laparotomie exploratorie. Rezultate fals negative apar în cazul hemoragiei retroperitoneale.

Principal source: *Advanced Trauma Life Support* course manual, 1988, American College of Surgeons

Leziuni ale nervilor şi arterelor

Neurapraxia: Este o pierdere temporară a conducerii nervoase, datorată deseori ischemiei de presiune (de ex. a nervului popliteu lateral la traversarea colului fibulei, vezi mai jos). La nervii micşti, componenta motorie este cea mai vulnerabilă.

Axonotmesis: Există o leziune fizică a fibrei nervoase, dar tubul endoneural este intact, asigurând matriţa de regenerare a nervului. De regulă, recuperarea este bună. Rata de creştere este de aprox. 3 mm/zi.

Neurotmesis: Întregul nerv este separat şi, neexistând matriţa furnizată de tubul endoneural, fibrilele de regenerare produc un neurom traumatic dacă nu sunt capabile să formeze o punte de unire. Reparaţia totală, cu ajutorul suturilor cu mătase 7-0 sau nylon în perinerv, poate fi efectuată imediat. Probleme apar în cazul restaurării acţiunii independente a muşchilor mici ai mâinii şi a sensibilităţii discriminatorii. Reparaţia fasciculară microchirurgicală poate fi utilă.

Nervul median (C5-T1). Este nervul apucării. Lezarea fosei cubitale produce imposibilitatea flexiei articulaţiei interfalangiene a indexului la apucarea unei mâini cu cealaltă (testul Ochner); imposibilitatea de a flecta falanga terminală a policelui (flexorul lung al policelui); pierderea sensibilităţii pe jumătatea laterală a mâinii.

Dacă leziunea este la pumn, singurul muşchi semnificativ afectat este abductorul scurt al policelui. Testează-l prin menţinerea mâinii cu palma în sus. Poate pacientul să ridice policele deasupra planului mâinii? Aria de pierdere a sensibilităţii este mai mică decât în cazul unor leziuni superioare.

Nervul ulnar (C8-T1). Leziunile distale de pumn produc deformarea mâinii în gheară (flexorul profund al degetelor este intact, dar nu este contracarat de muşchii mici ai mâinii) – baza semnului hârtiei al lui Froment: la ţinerea unei bucăţi de hârtie între police şi index (ambele mâini), la încercarea de a le despărţi apare flexie a falangei distale a policelui. Pierderea sensibilităţii afectează degetul mic, şi o porţiune variabilă din degetul inelar.

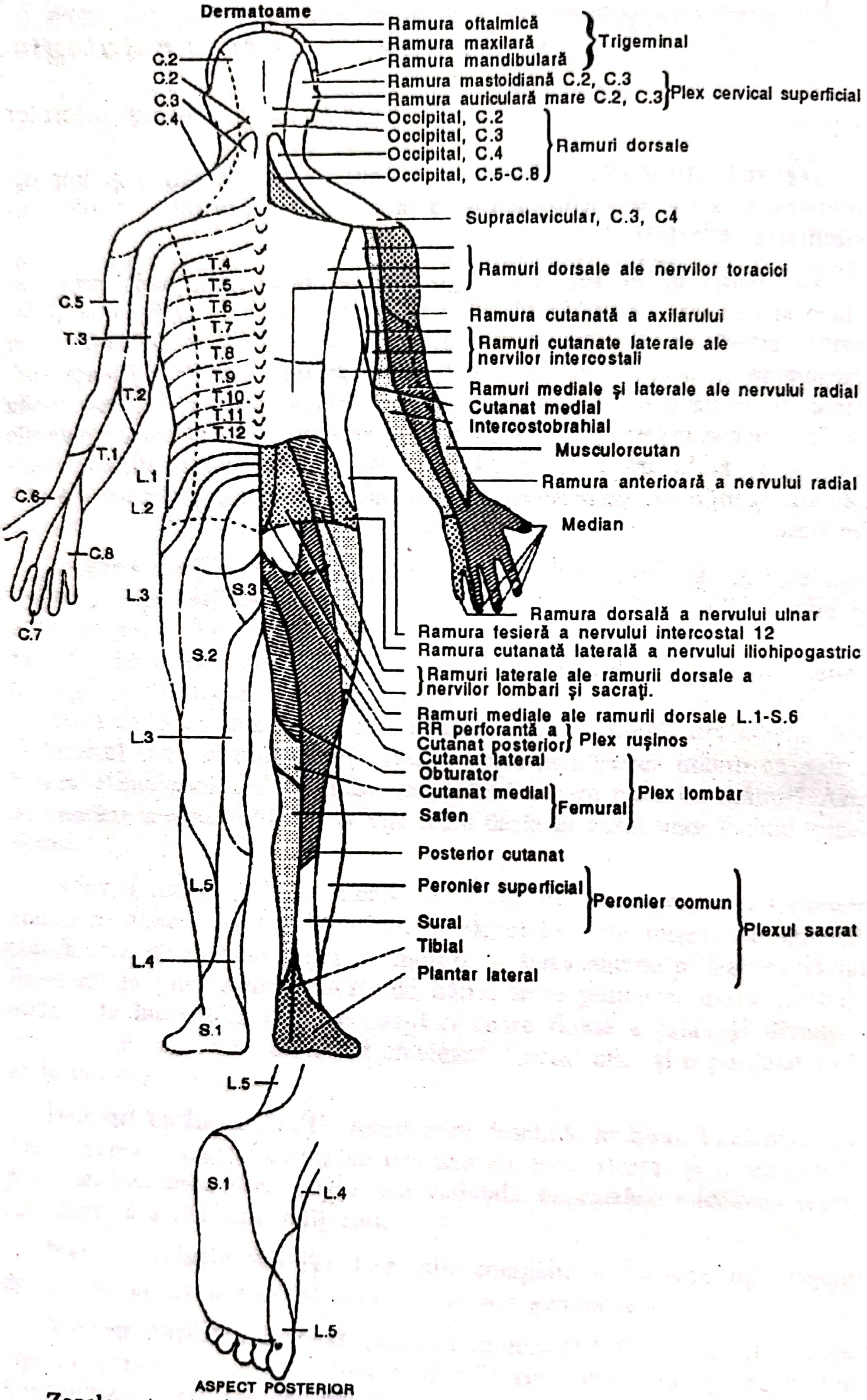
Nervul radial (C5-T1). Acest nerv deschide pumnul. Leziunile produc căderea mâinii. Aceasta se testează cu cotul flectat şi antebraţul în pronaţie. Pierderea sensibilităţii este variabilă, cuprinzând totdeauna suprafaţa dorsală a rădăcinii policelui.

Nervul sciatic (L4-S2). Leziunile complete vor afecta toţi muşchii de sub genunchi şi sensibilitatea lateral sub genunchi.

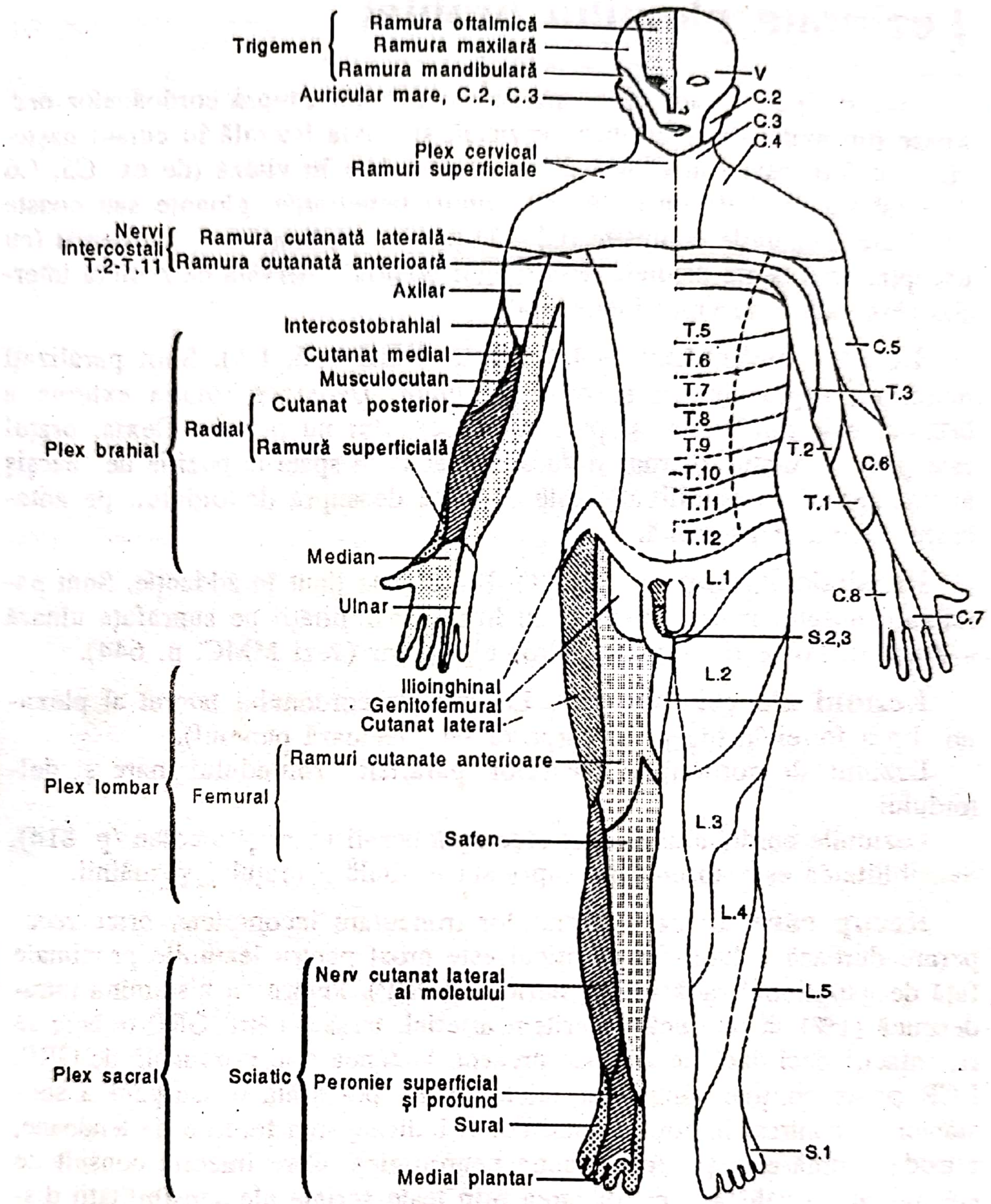
Nervul popliteu lateral (peronier comun) (L4-S2). Leziunile produc equino varus, cu imposibilitatea dorsiflexiei piciorului şi degetelor. Sensibilitatea este pierdută pe dosul piciorului.

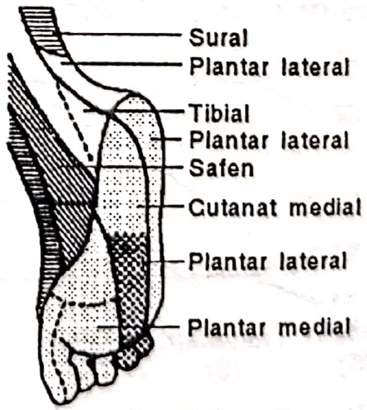
Nervul tibial (S1-3) Pierderea produce calcaneo-valgus şi imposibilitatea de a sta pe vârfuri sau de a face inversia piciorului. Pierde sensibilitatea pe călcâi.

Leziunile arterelor Hemoragia este de obicei controlabilă prin presiune şi elevarea zonei. După orice traumatism în care ar fi putut fi lezată o arteră, examinează atent pulsurile distale. Dacă nu le palpezi, nu presupune că acest lucru se datorează spasmului, ci cere asistenţă specializată. Poate fi necesară explorare chirurgicală cu sutură cap-la-cap sau grefe venoase inversate. Prognosticul nu este prost dacă există colaterale bune (de ex. la artera femurală, comparativ cu artera poplitee). Complicaţii: gangrenă, contracturi, anevrisme traumatice, şi fistule anterovenoase.


Dermatoame
Ramura oftalmică
Ramura maxilară
Ramura mandibulară
Trigeminal
Ramura mastoidiană C.2, C.3
Ramura auriculară mare C.2, C.3
Plex cervical superficial
Occipital, C.2
Occipital, C.3
Occipital, C.4
Occipital, C.5-C.8
Ramuri dorsale
Supraclavicular, C.3, C4
Ramuri dorsale ale nervilor toracici
Ramura cutanată a axilarului
Ramuri cutanate laterale ale nervilor intercostali
Ramuri mediale şi laterale ale nervului radial
Cutanat medial
Intercostobrahial
Musculorcutan
Ramura anterioară a nervului radial
Median
Ramura dorsală a nervului ulnar
Ramura fesieră a nervului intercostal 12
Ramura cutanată laterală a nervului iliohipogastric
Ramuri laterale ale ramurii dorsale a nervilor lombari şi sacraţi.
Ramuri mediale ale ramurii dorsale L.1-S.6
RR perforantă a Cutanat posterior
Plex ruşinos
Cutanat lateral
Obturator
Cutanat medial
Safen
Femural
Plex lombar
Posterior cutanat
Peronier superficial
Sural
Peronier comun
Plexul sacrat
Tibial
Plantar lateral
C.2
C.2
C.3
C.4
C.5
T.3
T.2
T.1
C.6
C.8
C.7
T.4
T.5
T.6
T.7
T.8
T.9
T.10
T.11
T.12
L.1
L.2
L.3
S.3
S.2
L.3
L.5
L.4
S.1
L.5
S.1
L.4
L.5
ASPECT POSTERIOR

Zonele cutanate de distribuţie a segmentelor spirale şi nervilor periferici


Trigemen
Ramura oftalmică
Ramura maxilară
Ramura mandibulară
Auricular mare, C.2, C.3
V
C.2
C.3
C.4
Plex cervical
Ramuri superficiale
Nervi intercostali T.2-T.11
Ramura cutanată laterală
Ramura cutanată anterioară
Axilar
Intercostobrahial
Cutanat medial
Musculocutan
Cutanat posterior
Radial
Ramură superficială
Plex brahial
Median
Ulnar
T.5
T.6
T.7
T.8
T.9
T.10
T.11
T.12
C.5
T.3
T.2
C.6
T.1
C.8
C.7
L.1
S.2,3
L.2
Ilioinghinal
Genitofemural
Cutanat lateral
Ramuri cutanate anterioare
Plex lombar
Femural
Safen
L.3
L.4
Nerv cutanat lateral al moletului
L.5
Plex sacral
Sciatic
Peronier superficial şi profund
Sural
S.1
Medial plantar


Sural
Plantar lateral
Tibial
Plantar lateral
Safen
Cutanat medial
Plantar lateral
Plantar medial

ASPECT ANTERIOR

Leziunile plexului brahial

Acestea pot fi cauzate de presiunea cârjelor asupra cordoanelor nervoase din axilă; de tracţiunea cervicală şi flexia laterală în cursul naşterilor cu forcepsul sau căderi de pe motociclete în viteză (de ex. C5, C6 ± paralizie de diafragm); sau de tumori penetrante, gloanţe sau coaste cervicale. Leziunile complete (C5-T1) produc un braţ flasc, anesteziat (cu excepţia unei benzi mediale de-a lungul braţului, inervată de ramura intercostobrahială a nervului intercostal 2).

Leziuni radiculare – paralizia ERB (C5, C6). Sunt paralizaţi deltoidul, supraspinosul şi rotundul mare. Deoarece rotaţia externă a braţului este diminuată, şi paralizia bicepsului nu permite flexia, braţul este ţinut în rotaţie internă, şi dacă este adus în spate ia poziţie de "bacşiş al hamalului". Sensibilitatea este afectată deasupra deltoidului, pe antebraţul lateral şi pe mână.

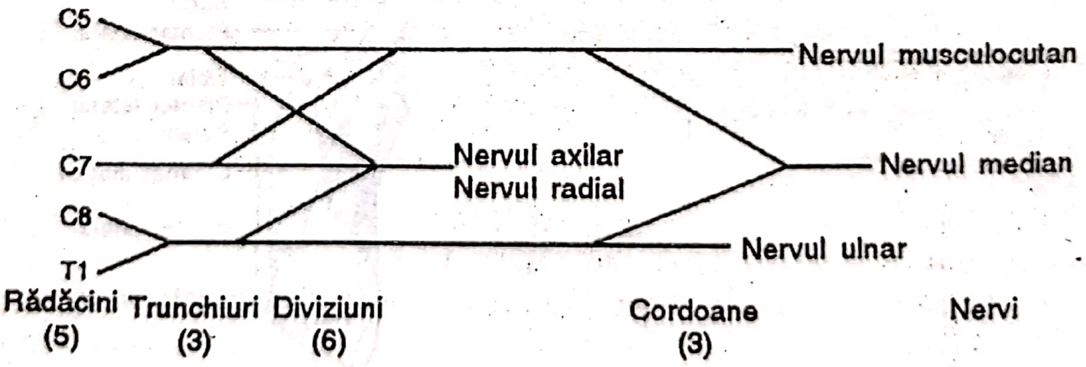
Paralizia Klumpke (C8, T1). Braţul este ţinut în adducţie. Sunt paralizaţi muşchii mici ai mâinii, cu lipsa sensibilităţii pe suprafaţa ulnară a braţului. Poate fi prezent sindromul Horner (vezi MMC, p. 644).

Leziuni ale cordoanelor. Leziuni ale cordonului lateral al plexului: lipsa forţei în biceps şi carpo-radial (flectează pumnul).

Leziuni ale cordonului posterior: paralizia rotundului mare şi deltoidului.

Leziunile cordonului medial afectează nervii ulnar şi median (p. 814). Sensibilitatea este absentă pe suprafaţa medială a braţului şi mâinii.

Recuperare. În cazul leziunilor tronculare incomplete, orice recuperare durează 5 luni. Prognosticul este prost pentru leziunile proximale faţă de ganglionul rădăcinii posterioare (GRP). Pentru ca histamina intradermică (1%) să producă un eritem arterial, traseul către GRP trebuie să fie intact,[1] deci dacă acesta este prezent, leziunea este proximală de GRP. LCR poate conţine sânge, iar mielografiile pot arăta o scurgere a substanţei de contrast în zona lezată. Pot fi indicate transferurile de tendoane, artrodeza umărului şi reconstrucţia neurologică. Cere imediat consult de specialitate. Evaluează recuperarea prin teste seriate ale sensibilităţii discriminatorii între 2 puncte.



---

[1] R Leffert 1985 *Brachial Plexus Injuries*, Churchill Livingstone

Traumatismele coloanei vertebrale – prima zi

La locul accidentului. Leziunile coloanei vertebrale trebuie suspectate a fi prezente în orice accident grav, şi în toate accidentele în care nu se cunoaşte natura forţei producătoare, iar pacientul este inconştient. Aceasta nu înseamnă că pacientul nu poate fi mutat în poziţia de protecţie a căilor respiratorii (întotdeauna prima prioritate) – dar toate mişcările trebuie să fie planificate. Menţinând capul în poziţie neutră, pacientul poate fi "rostogolit" într-o poziţie de semipronaţie (nu laterală, vezi p. 895). Pentru imobilizare, vezi p. 894.

Radiologie. Nu te baza pe echipamentul radiologic mobil; dacă este posibil, transportă pacientul la radiologie supraveghindu-i toate mişcările şi înlăturând sacii de nisip şi gulerele. Incidenţa laterală oferă deseori cele mai multe informaţii (respinge radiografiile care nu includ joncţiunea C7 -T1). Deplsarea vertebrală anterioară a <1/2 din diametrul corpului vertebral sugerează dizlocarea unilaterală a unei faţete. Deplasări mai mari indică dizlocări bilaterale (instabile) de faţete. Caută umbra unui hematom paravertebral pe ţesuturi moi, dacă semnele osoase sunt minime. Alte incidenţe: anteroposterioară (AP) cu o vedere prin gura deschisă a procesului odontoid, tomografie laterală pentru joncţiunea cervico-toracică; incidenţa înotătorului (clinostatism, cu o mână pe cap şi umărul opus coborât pentru a permite accesul razelor) pentru a vizualiza în jos până la T2; incidenţe oblice de "22,5°" pentru faţetele articulare. Leziunile toracice, lombare şi sacrate sunt vizualizate de obicei pe filmele AP şi laterale.

Incidenţa respiratorie. Controlează în mod repetat capacitatea vitală. Dacă <500-600 ml, sunt necesare intubaţia şi ventilaţia. Monitorizează gazele sanguine. Intubaţia poate produce bradicardie vagală, deci dă atropină 0,3-0,6 mg IV înainte de intubaţie şi aspiraţia căilor aeriene.

Echilibrul lichidian Probabil există hipotensiune sub leziune (întrerupere a lanţului simpatic). Aceasta nu se datorează hipovolemiei, şi este periculos să administrezi volume mari de lichid. Utilizează lichide IV (nu orale) timp de 48 ore, şi în caz de persistenţă a ileusului. Dacă distensia abdominală produce disconfort respirator, instalează o sondă naso-gastrică.

Pielea Întoarce pacientul la fiecare 2 h din clinostatism în poziţie laterală stângă şi dreaptă. Patul Stoke Manderville face acest lucru în mod electronic. Foloseşte perne pentru a separa picioarele şi a menţine o lordoză lombară.

Corticoterapia ▸Metilprednisolonul 30 mg/kg IV stat (început în primele 8 h după traumatism), continuat cu 5,4 mg/kg/h în perfuzie IV timp de 23 h îmbunătăţeşte semnificativ recuperarea ulterioară.[1]

Anticoagularea. Heparină 5 000 U/8 h SC. Începe warfarina mai târziu.

Vezica. Inseră un cateter cu balonaş de silicon de 5 ml, calibru 12, înainte ca volumul vezical să depăşească 500 ml (întinderea excesivă a detrusorului poate întârzia reluarea automatismului vezical). Vezi p. 824.

▸ Aranjează transferul rapid şi corect într-o unitate de leziuni vertebrale. Pentru leziunile cervicale va fi necesară tracţiunea osoasă. Dispozitivele craniene cu arc Gardner-Wells sunt preferabile celor Crutchfield, care necesită incizii.

🖫 1 M Bracken 1990 *NEJM* 322 1405

Leziunile medulare – anatomie funcţională

Cel mai "strâns contact" între măduvă şi canalul medular este în porţiunea toracică; această regiune are şi cel mai sărac aport sanguin. Aceşti doi factori explică de ce leziunile toracice sunt mai probabil complete, faţă de leziunile cervicale sau lombare. Pentru segmentul medular afectat în funcţie de vertebra lezată, vezi p. 688.

Şocul spinal (hipotensiune dar fără tahicardie). Există o paralizie flască şi o anestezie completă a tuturor segementelor şi muşchilor inervaţi sub nivelul leziunii. Reflexele tendinoase sunt absente şi există retenţie de urină. Apoi survine un "stadiu de reorganizare". Apare o golire reflexă a vezicii şi rectului, şi glandele sudoripare funcţionează. Mai târziu, poate fi provocată flexia şoldului şi genunchiului prin diverşi stimuli (mai ales rece), deseori cu golirea vezicii şi a rectului (reflexele de masă Head şi Riddoch). Membrele inferioare pot deveni fixate permanent într-o poziţie ridicată, cu dorsiflexia gleznelor (paraplegie spastică în flexie). Pe parcursul mai multor luni, reflexele tendinoase revin, şi stimulii proprioceptivi produc "extensie de masă".

Leziuni segmentare – un ghid al funcţiilor rămase disponibile

C4 Poate utiliza cărucior electric controlat din bărbie, poate opera un computer cu un beţişor în gură, şi poate utiliza un sistem de control al mediului "Possum" pentru a aprinde luminile şi deschide uşile.

C5 Cu ajutorul unor dispozitive speciale, se poate hrăni, spăla pe faţă, pieptăna şi ajuta îmbrăcarea părţii superioare a corpului. Poate împinge un cărucior cu rotile prin locuinţă, dacă poartă mănuşi de împins, şi dacă roţile au margini protejate. NHS furnizează un cărucior electric (numai pentru utilizare în interior). Nu se poate transfera din căruciorul cu rotile pe scaunul de toaletă.

C6 Are nevoie de o faşă pentru a-l ajuta la hrănire şi spălare. Se îmbracă singur în jumătatea superioară; ajută la îmbrăcarea celei inferioare. Poate conduce un automobil cu comenzi manuale.

C7 Se poate transfera, îmbrăca, hrăni singur.

C8 Viaţă independentă în cărucior cu rotile.

Terapeutul ocupaţional este o persoană cheie pentru maximizarea nivelelor de performanţă descrise mai sus. Are posibilitatea de a aranja şi aviza la domiciliu pentru a evalua în ce măsură locuinţa este potrivită pentru viaţa într-un cărucior cu rotile. Serviciile sociale asigură ajutoare băneşti. Vizita va fi făcută împreună cu un membru al echipei de leziuni vertebrale, şi o asistentă comunitară de legătură sau un lucrător social. Poate face planuri împreună cu serviciile locale sociale şi terapeutul ocupaţional local de domiciliu, aşa încât speranţele pacientului (şi ale familiei) să fie pe deplin realizate. Poate aranja modificările necesare.

Leziunile medulare şi vezica

Problemele sunt incontinenţa, activitatea reflexă a detrusorului (după o contractilitate în perioada de şoc spinal) şi prezenţa urinei reziduale. Acestea predispun la infecţie şi reflux ureteral. Sunt cauze majore de insuficienţă renală, morbiditate şi mortalitate.

Metoda drenajului vezical. În primele săptămâni după o leziune medulară, utilizează cateterizarea suprapubiană sau uretrală intermitentă, cu un cateter Nelaton® 12 sau 14 FG, cu o strictă asepsie. Se fac uroculturi săptămânale, având ca scop eradicarea infecţiei (deosebit de importantă pentru *Proteus,* care induce formarea de calculi în urina alcalină infectată). La unii pacienţi poate fi posibilă inducerea micţiunii prin bătăi uşoare pe zona suprapubiană timp de ~ 20 secunde. Iniţial, cateterizarea este încă necesară pentru a drena urina reziduală; dar, când aceasta este <80ml (în 3 ocazii consecutive), renunţă la cateter. Dacă nu survine acest lucru, şi mai ales dacă detrusorul este non-contractil (leziune de con medular sau de coadă de cal), poate fi utilizată auto-cateterizarea intermitentă (de ex. cu un cateter de argint la femei), imediat ce pacientul se poate aşeza. Dacă apare micţiunea reflexă, propantelina 15-30 mg/8-12 h PO. 1h ac poate reduce activitatea detrusorului şi evita necesitatea de a purta permanent dispozitive de drenaj. Vârstnicii pot avea nevoie de un cateter de silicon lăsat pe loc, schimbat la 6 săptămâni. Spălăturile săptămânale (de ex. Suby G®) por preveni calculii. Stabilizarea are ca scop obţinerea unui debit de >3 l/zi. Utilizează clame pentru a obţine volume de 300 ml. Există sfinctere artificiale pentru vezici acontractile.

Complicaţii *Infecţie urinară:* poate fi prevenită printr-un aport lichidian ridicat, asigurarea golirii eficiente a vezicii şi acidificarea urinii (de ex. acid ascorbic 1 g/h PO).

Dissinergia sfincter-detrusor: Sfincterul uretral extern nu se relaxează sau se contractă activ în timpul contracţiei detrusorului. Golirea vezicii este slabă şi există reflux vezicoureteral, care predispune la pielonefrită, hidronefroză şi insuficienţă renală. Este bine să efectuezi U&E, creatinina şi UIV ca teste de bază. *Tratament:* sfincterotomie externă endoscopică.

Disreflexia vegetativă: La cei cu leziuni deasupra lanţului simpatic, distensia vezicală (de ex. în caz de cateter blocat) duce la o hiperactivitate simpatică deasupra leziunii. Apar vasoconstricţie şi hipertensiune (poate cauza accidente vasculare cerebrale). Pacientul are o cefalee pulsatilă, şi pielea marmorată deasupra leziunii. Baroreceptorii carotidieni sunt stimulaţi şi produc bradicardie vagală reflexă, dar semnalele care în mod normal ar produce vasodilataţie compensatorie şi normotensiune nu pot trece în jos prin măduvă. Alţi stimuli care pot produce acest efect sunt UTI, calculii, naşterea şi ejacularea. *Tratament:* înlătură cauza; dă nifedipin (10 mg - capsulele se muşcă) cu nitroglicerină 0,5 mg. O alternativă este fentolamina 5-10 mg IV. Sfincterotomia poate preveni atacurile.

Leziuni medulare – fizioterapie şi nursing

▸ *Întoarce pacientul la fiecare două ore pentru a preveni escarele de decubit.* Vezi p. 820.

Toracele. Începe precoce fizioterapie regulată, cu exerciţii de tuse şi respiraţie, pentru a preveni retenţia de spută şi pneumonia care survin de regulă după o paralizie parţială de diafragm (de ex. dizlocare C3-4). Dacă leziunea se află la un nivel segmentar superior lui T10, nu există o tuse eficientă.

Ridicarea verticală (pentru pacienţii care trebuie transferaţi). Un ajutor susţine capul cu ambele mâini sub gât, aşa încât capul stă pe braţe. 3 ajutoare care stau pe aceeaşi parte îşi introduc braţele sub pacient, unul câte unul, începând de sus. După ce pacientul este ridicat, retragerea se face în ordine inversă.

Rostogolirea. 3 ajutoare stau pe aceeaşi parte a pacientului. Cel de la cap are ambele braţe sub braţul pacientului, cel de la mijloc are un braţ sub picioare şi cu celălalt ţine creasta iliacă a pacientului. Al 3-lea ajutor susţine gambele. A patra persoană controlază capul şi gâtul, şi dă comanda întoarcerii. Pacientul este atunci rostogolit uşor lateral, cu perne pentru a susţine curbura lomabară şi a menţine poziţia stabilă.

Postura. Articulaţiile trebuie trecute prin spectrul complet de mişcări. Evită hiperextensia genunchilor. Menţine picioarele flectate la 90°, cu o pernă între plante şi piciorul patului. Evită hiperdistensia ţesuturilor moi (pot apărea deformări).

Intestinul. Din ziua a 2-a după traumatism, este necesară evacuarea manuală blândă, cu cantitate mare de lubrifiant. Un tub de gaze poate fi util pentru ameliorarea distensiei, odată depăşit ileusul şocului spinal.

Cărucioare cu rotile. Pacientul trebuie menţinut drept în poziţie şezândă; ajustează plăcile pentru picioare astfel încât coapsele să fie sprijinite pe perna căruciorului şi să nu existe o presiune excesivă pe sacru. Ameliorarea regulată a presiunii pe zonele sacrale şi ischiatice este vitală. Independenţa în transferul în pat sau pe scaunul toaletei este un scop adecvat pentru unii pacienţi paraplegici. În desemnarea căruciorului potrivit fiecărui pacient este necesară îndemânare şi experienţă.

Statul în picioare şi mersul. Cu ajutorul unei "mese balansate" sau al cadrului de stat în picioare Oswestry, cu feşe de sprijin pentru trunchi, pacientul tetraplegic poate sta în picioare. Dacă leziunea se află la L2-4, dispozitivele sub genunchi şi cârligele pot asigura mersul. Dacă leziunea se află la T1-8, poate fi posibil "elanul de mers". Cârjele sunt plasate la mică distanţă în faţa picioarelor. Prin sprijinirea pe ele şi împingerea în jos cu umerii, ambele picioare pot fi ridicate şi mişcate împreună înainte.

Sport. Consideră tirul cu arcul, trasul la ţintă, biliardul, tenisul de masă şi înotul pentru cei cu paraplegie.

Calităţi personale. Calităţile personale ale asistentei, fizioterapeutului şi pacientului sunt la fel de importante ca şi localizarea anatomică exactă a leziunii. Pot apărea modificări bruşte majore ale dispoziţiei, de la euforie la disperare, pe măsură ce pacientul se obişnuieşte cu pierderea suferită şi cu noua lui imagine corporală.

Are nevoie de radiografie?

În această lume plină de litigii, concluzia că medicii trebuie să facă radiografii chiar şi după cel mai mic traumatism pare de neevitat, chiar dacă acest lucru este recunoscut ca "medicină de proastă calitate" – nu doar pentru că unul din scopurile noastre trebuie să fie reducerea expunerii la radiaţii, ci şi pentru că un alt scop este reducerea costurilor. Totuşi, unele organisme oferă ajutor, ca Royal College of Radiologists, Head Working Party şi Walton Hospital's "Guidance for x-ray referral" – care formează baza recomandărilor de mai jos.

Odată luată hotărârea de a nu efectua o radiografie, din punct de vedere medico-legal este înţelept să se consemneze în documente motivul pentru care radiografia nu a fost considerată necesară.

Afecţiuni cu care vine pacientul. *Entorse ale piciorului sau ale gleznei:* Radiografia este indicată dacă pacientul nu se poate sprijini; nu este indicată dacă pacientul se poate sprijini pe glezna afectată, sau dacă durerea şi edemul sunt limitate la un ligament, sau sunt absente.

Zdrobirea unei falange terminale a unui deget. Radiografia nu este indicată în traumatismele localizate închise, cu condiţia ca mişcările în articulaţia interfalangiană distală să nu fie dureroase.

Traumatism cranian: Radiografia nu este indicată în prezenţa unei leziuni minore de scalp, dacă nu există:

- Pierdere a stării de conştienţă sau amnezie.
- Semne sau simptome neurologice anormale.
- Rinoree sau otoree cu lichid cefalorahidian.
- Dificultate de examinare a pacientului (de ex. copii, vârstnici, epileptici sau intoxicaţi).

"Posibil" traumatism cervical în traumatismele craniene minore. Radiografia nu este indicată la pacienţii pe deplin conştienţi şi fără semne sau simptome cervicale.

Traumatism nazal: Radiografia nu este indicată în Departamentul de Accidente şi Urgenţe în cazul traumatismului nazal necomplicat.

Traumatism costal: Este indicată numai o RXT postero-anterioară, dacă suspectezi un pneumotorax; incidenţele costale nu sunt indicate în contuziile necomplicate.

Durerea de coloană lombară: evită radiografiile precoce (în primele 6 săptămâni) dacă nu există semne SNC sau factori de gravitate, de ex. traumatism, febră, scădere în greutate, anemie, VSH crescut (deci se face mai întâi analiza sângelui). Fiecare examinare = 2,2 mSv (= 40 radiografii toracice; sievertul este unitatea SI de radiaţii absorbită de ţesuturile biologice – abrevierea este Sv), ceea ce poate duce la apariţia a 16 neoplazii/an în Marea Britanie la ratele de expunere actuale.[2] Protejarea ovarelor este imposibilă.

Durerea abdominală: filmele simple sunt rareori necesare; cere un film toracic în ortostatism doar în caz de suspiciune a unei perforaţii gastro-intestinale, şi un film abdominal în ortostatism, doar în caz de suspiciune a unui ileus sau obstrucţii gastrointestinale.

Corpi străini: Necesită întotdeauna radiografie dacă există posibilitatea ca corpul străin să fie din sticlă (radioopacă).

Notă: Radiografiile coloanei lomabre asigură o substanţială doză de radiaţii gonadelor – la fel în cazul radiografiilor faciale şi craniene, şi ochilor.

Aceste recomandări asigură reducerea substanţială a costurilor şi a timpului de aşteptare pentru pacienţi, fără să compromită calitatea asistenţei acestora.

---

[1] P Simms 1987 *BMJ* i 934

[2] S Halpin 1991 *BMJ* ii 813

Muşcături, înţepături & corpi străini

Muşcături de animale (inclusiv muşcături umane). Toate muşcăturile animalelor sunt contaminate, în special ale (animalului) om. Curăţă bine cu apă şi săpun, debridează dacă este nevoie. Vezi p. 796. ▸Evită sutura dacă nu este esenţială din punct de vedere cosmetic. Dă antibiotice care să acopere anaerobii, cu excepţia muşcăturilor foarte superficiale, de ex co-amoxiclav 1 tab/8 h PO (clindamicină 300 mg/6 h PO în caz de alergie la penicilină, dar atenţie la colita pseudomembranoasă). Dă profilaxie antitetanică şi consideră rabia (p. 276) în caz de muşcătură în afara Marii Britaniei. (Profilaxia rabiei post-expunere: telefonaţi la Centrul Public Healthy Laboratory, 0181 , 205, 7041, UK).

Muşcături de şarpe. Singurul şarpe otrăvitor din Marea Britanie, vipera, este foarte rar mortal. Identifică specia dacă este posibil şi internează pacientul în spital fără întârziere. Tratează şocul, monitorizează timpul de coagulare (multe veninuri sunt anticoagulante), şi fii pregătit în privinţa insuficienţei renale, paraliziei respiratorii şi necrozei tisulare. Indicaţiile pentru tratament antivenin sunt înveninarea sistemică, semnalată de hipotensiune, GA↑ crescut şi înveninarea locală, adică extensia dincolo de pumn sau gleznă la mai mult de 4h după muşcătură (pentru muşcăturile în aceste zone). Se dă antivenin Zagreb (2 fiole IV în ritmul <1 ml antivenin/min) – diluat în 2-3 volume ser fiziologic. Utilizează aceeaşi doză la copii. Se poate repeta după 1-2 h, dacă nu apare nici o ameliorare.[1] Păstrează adrenalina la îndemână (p. 357). Dacă muşcătura este a unui şarpe (sau păianjen) străin, antiveninul corespunzător poate fi găsit la Walton Hospital Pharmacy, Liverpool (0-151 525 3611). Sunt disponibile informaţii privind identificarea şi tratamentul (Oxford, 01865 220968 sau 0186574/166; Liverpool 0151 708 9393; Londra 0171635 9191).

▸ Garourile, inciziile şi sucţiunea plăgii trebuie evitate.[2]

Înţepături de şerpi de apă *(Echiicthys vipera)* – de ex. la cei care se scaldă desculţi în Marea Britanie. Nu sunt grave, şi pot fi ameliorate de imersia piciorului timp de 5-20 min în apă cât de fierbinte poate fi suportată (de ex. 40°C).[3]

Muşcături şi înţepături de insecte. Zgârîie înţepăturile de albine cu un cuţit (penseta stoarce sacul cu venin). Gheaţa sau loţiunea de calamină ameliorează pruritul). Administrează antihistaminice PO dacă edemul şi pruritul sunt severe.

Anafilaxie, p. 357.

Alicele. Acestea sunt foarte frecvente şi pot fi foarte greu de extirpat. Au survenit şi decese, de obicei prin leziuni intracraniene (alicea intră deseori în creier prin ochi); a fost raportată embolia venoasă a alicei, care apoi se localizează în plămâni. Fă-i radiografie în 2 incidenţe pentru a poziţiona corpul străin. Dacă a penetrat numai pielea, injectează anestezia local cu atenţie, ca să-l poţi totuşi palpa. Dacă se poate extirpa cu uşurinţă, mai bine lasă-l pe loc decât să rişti o distrucţie tisulară extensivă şi administrează antibiotice. Alicele care au traseu subcutanat lung, sau care au penetrat profund, trebuie căutate.

Alţi corpi străini ▸ Întotdeauna recomandă radiografie dacă poate fi sticlă într-o plagă. Ciobурile mici pot fi lăsate pe loc. Chiar cioburile mari pot fi greu de găsit, necesitând explorare sub AG pentru a fi extirpate (valabil şi pentru ace/cuie înfipte în plagă). ▸ Întotdeauna recomandă radiografie de orbită în caz de corp străin cu viteză mare, care nu poate fi văzut (din traumatisme după cioplire/ascuţire).

Ingestia de monezi. Dacă există simptome, se face RXT + radiografie cervicală (AP şi laterală pentru a diferenţia tractele GI şi respirator). Pot fi necesare filme abdominale. Dacă moneda este sub diafragm las-o să treacă. Dacă este în 1/3 superioară a esofagului, se extirpează cu un endoscop şi asigură-te că nu mai există şi alţi corpi străini înainte de a scoate endoscopul; dacă este mai jos, repetă radiografiile după 12-14 h. Dacă moneda este tot în esofag, trebuie extrasă endoscopic sub AG.[4]

Manevra Heimlich şi loviturile în spate Vezi p. 891.

---

[1] *British National Formulary* 1994 **25** 25

[2] D Warrell 1987 *Oxford Textbook of Medicine*, 2edn, OUP

[3] C Briars 1992 *Br J Gen Prac* **42** 213

[4] M Stringer 1991 *BMJ* i 1321

Proceduri minore frecvente

"Doctore, mi-am dat cu ciocanul în deget". Aceasta produce de obicei un hematom subungveal – care poate fi evacuat prin exprimarea sângelui printr-un orificiu trepanat în unghie, cu un ac 19G. Nu este nevoie de forţă: doar răsuceşte acul pus vertical pe unghie: marginea tăietoare va face un orificiu potrivit.

"M-am înecat cu un os de peşte". Examinează întotdeauna cu atenţie faringele şi amigdalele. Deseori osul a zgâriat numai mocoasa. Utilizează o sursă de lumină, ţinută de asistentă, şi ţine limba cu tifon pentru a nu împiedica scoaterea oaselor vizibile cu forcepsul. Dacă nu reuşeşti, trimite la un ORL-ist.

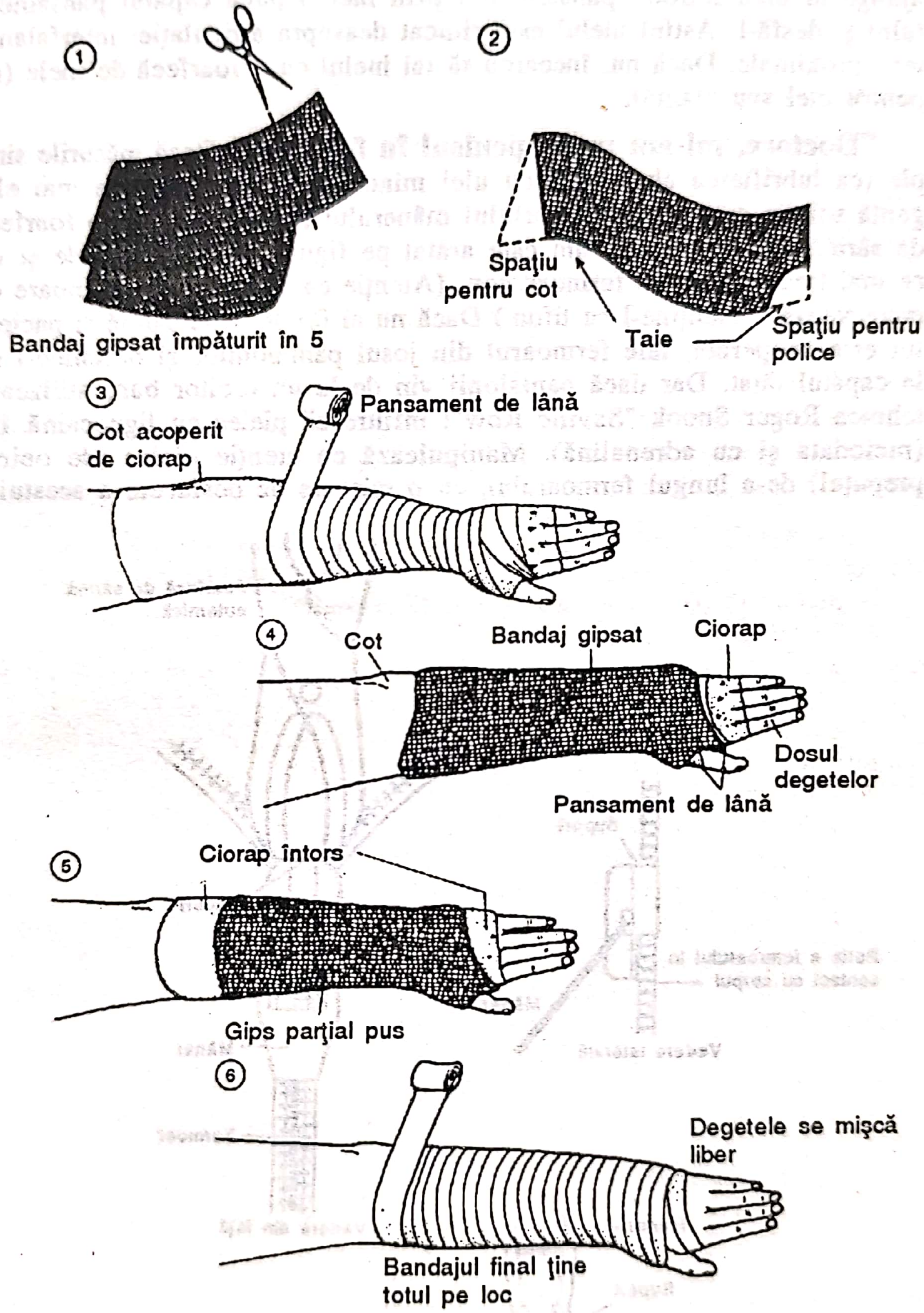
"Cârligul de pescuit mi-a trecut prin deget". Infiltrează cu lignocaină simplă, şi împinge cârligul prin deget – cu condiţia să nu existe structuri importante pe traseu. Taie sârma odată ce a trecut. Scoate cârligul pe traseul pe care a intrat.

"Dintele meu a fost smuls". După ce pacientul îşi suge gingia (nu folosi apa) transportă dintele în lapte sau reinserează-l, stabilizându-l prin presiune digitală (sau ocluzie).[1] Trimite-l la stomatolog pentru imobilizare.

Pansamente gipsate parţiale (pentru fracturi de antebraţ fără deplasare).[2]

- Scoate tot ce poate afecta circulaţia digitală (de ex. inele).
- Protejează-te pe tine şi pe pacient cu un şorţ de plastic.
- Măsoară lungimea gipsului parţial – de la falange până imediat sub cot, astfel încât degetele şi cotul să rămână mobile.
- Taie o bucată de bandaj impregnat în gips, de 5 ori mai mare decât lungimea dorită. Împătureşte-o în 5 ((1), pag. opusă).
- Taie un colţ ca să nu jeneze policele.
- Taie o bandă de la celălalt capăt – capătul gros al benzii fiind pe aceeaşi parte ca şi policele. Aceasta ajută la mişcarea cotului. (2)
- Aplică ciorapul pe antebraţ, până mai sus de cot.
- Înfăşoară un pansament de lână deasupra ciorapului (fâşiile trebuie să se suprapună cu 50%, ca să protejeze ţesuturile de gipsul dur) (3).
- Scufundă bandajul gipsat în apă călduţă şi aplică-l pe dosul braţului – fără să-l apeşi cu vârful degetelor. (4)
- Îndoaie ciorapul în jos de la cot şi în sus de la mână, asigurând capete superior şi inferior confortabile pentru gips. (5)
- Pune un bandaj în jurul antebraţului ca să ţină totul pe loc, fixându-i capătul cu o fâşie de gips ud. (6)
- Fixarea necesită 4 min: mai puţin dacă se foloseşte apă caldă.
- Atârnă braţul 1 zi după care încurajează mişcarea umărului şi degetelor, pentru a preveni redoarea.

▸ *Recomandări pentru pacient:* **1** Să se întoarcă imediat la A & E dacă degetele devin cianotice, se umflă, sau nu le poate mişca. **2** Să nu ude gipsul. **3** Să nu ridice greutăţi mari cu mâna.


1
Bandaj gipsat împăturit în 5
2
Spaţiu pentru cot
Taie
Spaţiu pentru police
3
Pansament de lână
Cot acoperit de ciorap
4
Cot
Bandaj gipsat
Ciorap
Dosul degetelor
Pansament de lână
5
Ciorap întors
Gips parţial pus
6
Degetele se mişcă liber
Bandajul final ţine totul pe loc

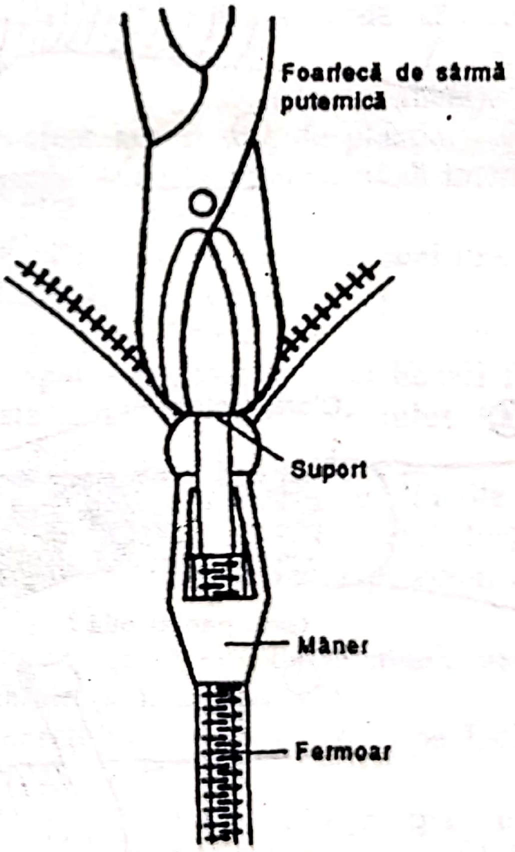
[1] J Clarkson 1988 *Bri J A&E Medicine* 3 6-7

[2] R Snook *Gen Prac* 13/11/87 45

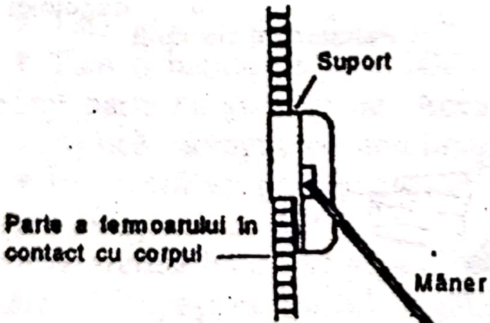
Proceduri minore frecvente

Cum se scoate un inel strâns de pe un deget umflat Înfăşoară pansament de bumbac în jurul degetului, avansând către inel. Când se ajunge la inel, introdu pansamentul prin inel. Apucă capătul pansamentului şi desfă-l. Astfel inelul este ridicat deasupra articulaţiei interfalangiene proximale. Dacă nu, încearcă să tai inelul cu o foarfecă de inele (nu pentru oţel sau alamă).

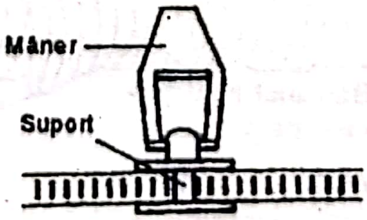
"Doctore, mi-am prins penisul în fermoar" Dacă măsurile simple (ca lubrifierea abundentă cu ulei mineral) nu au efect, cea mai elegantă soluţie este tăierea suportului mânerului fermoarului, cu o foarfecă de sârmă puternică, aşa cum este arătat pe figură. Fermoarul cade şi tot ce mai trebuie este un fermoar nou. (Atenţie ca suportul să nu zboare cu mare viteză – menţine-l cu tifon.) Dacă nu ai foarfecă de sârmă şi pacientul este cooperant, taie fermoarul din josul pantalonilor şi deschide-l de la capătul tăiat. Dar dacă pantalonii vin de la un croitor bun, utilizează tehnica Roger Snook "Saville Row": infiltrează pielea cu lignocaină 1% (niciodată şi cu adrenalină). Manipulează cu atenţie pielea (de obicei prepuţul) de-a lungul fermoarului, cu o mişcare de desfacere a acestuia.



Vedere din faţă



Vedere laterală



Vedere de sus

10. Unele sindroame neobişnuite cu nume proprii

Traducere de Dr. **SABINA ANTONIU**

► A avea orice boală este un ghinion, dar a avea o boală rară este un dublu ghinion: nu doar pentru că pacientul trebuie să aştepte mult timp pînă la stabilirea diagnosticului, dar odată ce acest lucru a fost realizat, el trebuie să se confrunte de-a lungul întregii sale vieţi cu interesul morbid al medicului care l-a descoperit.

Surse principale: *British Medical Journal*, S. Magalini 1981: *Dictionary of Medical Syndromes*, J. B. Lippincot, Philadelphia; *New England Journal of Medicine*. Vezi de asemenea J.Lourie 1982 *Medical Eponyms: Who was Caude?* Pitman.

Pentru acele sindroame reprezentative pentru medicina generală sau chirurgie, vezi MMC, p. 694.

Adair-Dighton, Sindromul (Osteogenesis imperfecta) Deficit al metabolismului osos (moştenit autosomal dominant) care determină apariţia oaselor fragile, a dentiţiei de culoarea chihlimbarului sau cu tentă albăstrie şi a sclerelor albastre. Asocieri: picioare scurte şi despicătură palatină.

Alport, Sindromul Surditate congenitală de percepţie (senzorială) asociată cu pielonefrite recurente, hematurie şi insuficienţă renală (prin glomerulonefrită); determină deces la bărbaţi în jurul vîrstei de 20-30 ani. Femeile au o speranţă de viaţă normală.

Alzheimer, Demenţa (boala) Suspicionează acest diagnostic la adulţii cu un deficit dobândit de memorie şi cunoaştere (vezi testele neuropsihometrice, pagina 413). Denumirea era utilizată anterior pentru demenţa presenilă (debut sub 65 de ani). Se consideră acum că boala poate debuta la orice vîrstă. Este cea mai frecventă cauză de demenţă (vezi p. 410). Poate debuta în jurul vîrstei de 40 de ani (sau mai precoce, cum ar fi în cazul sindromului Down).

Genetică: determinism multifactorial (gene deficiente pe cromosomii 14, 19, 21)

Histologie: (necesară pentru diagnosticul de certitudine). • Depozite proteice de β-amiloid la nivelul cortexului (puţini pacienţi prezintă mutaţii ale precursorului proteic al amiloidului). • Număr crescut de plăci senile. • Gheme neurofibrilare. Există de asemenea un deficit al mediatorului acetilcolinic prin lezarea unei proiecţii ascendente a paleocortexului (*nucleus basalis* al lui Meynert → neocortex) – teoretic tratabil prin terapia tacrinică (practic adesea decepţionantă, *BMJ* i 876). Declinul treptat şi constant în boala Alzheimer (BA) o diferenţiază de deteriorarea treptată din demenţa post infarct cerebral multiplu.

Aspect clinic: În stadiul I al BA există deficit de memorie şi dezorientare spaţială. În stadiul II (care urmează după câţiva ani) personalitatea se deteriorează (de exemplu cu agresivitate verbală, semne focale parietale, cum ar fi: disfazie, apraxie, agnozie şi acalculie). Poate apărea parkinsonismul. Pacienta îşi poate utiliza gura pentru a examina obiectele (hiperoralitate). În stadiul III pacienta este apatică (sau activă permanent – akatizie), epuizată, imobilizată la pat, cu incontinenţă. Sunt frecvente crizele epileptice sau spasmele. *Supravieţuirea medie:* 7 ani de la debut. Tratament p. 420 (M.Rossor 1993 *BMJ* ii 779).

Asperger, Sindromul (Psihopatia autistică) Este o varietate de autism în care copilul, de la vârsta de aproximativ doi ani prezintă o preocupare obsesivă faţă de obiceiurile de rutină (curente). Există un comportament stereotip cu întristare excesivă dacă mediul înconjurător este modificat. Totuşi se remarcă absenţa a două din caracteristicile izolării autisto-autistice (incapacitate de a răspunde la afecţiunea părinţilor) şi dificultăţi de limbaj (lipsa vorbirii, utilizarea greşită a pronumelor şi repetiţii nepotrivite. Are prognostic mai bun decît autismul.

Bardet-Biedl, Sindromul Include retinopatie distrofică, retardare mintală, hipogonadism, obezitate (± polidactilie) asociate cu malformaţii renale (calice dilatate sau imperforate, chisturi sau diverticuli caliceali, lobulaţie renală de tip fetal). Absenţa simptomelor neurologice (parapareză) îl diferenţiază de sindromul Laurence-Moon-Biedl (care este mai corect denumit sdr. Laurence-Moon – vezi p. 844).

Este un sindrom autosomal recesiv. O incidenţă crescută se întâlneşte în Newfoundland (1: 17 500, faţă de 1: 160 000 în rest) (J Green 1989 NEJM 32 1002).

Batten, Sindromul Se caracterizează printr-o depozitare anormală a lipofuscinelor la nivel cerebral. *Semne:* pierderea vederii, demenţă cu debut în copilărie, crize comiţiale, ataxie, paralizie spastică, atetoză, distonie. *Teste:* lipopigmenţi în limfocite şi urină.

Becker, Sindromul Distrofie musculară gonosomal recesivă (legată de cromosomul X) ce are o progresie mai lentă decât boala Duchenne, cu debut tardiv şi mărire mai accentuată a regiunii gambiere posterioare la adolescenţă.

Beckwith-Wiedmann, Sindromul Macroglosie şi rinichi măriţi, microcefalie, hipoglicemie şi omfalocel asociate cu dificultăţi precoce de alimentare.

Bennett, Fractura Fractură/dislocare carpo-metacarpiană a pumnului. *Tratament:* Reducerea fracturii şi aplicarea unui bandaj ghipsat (feşe ghipsate) pe pumnul în extensie (pentru 4-6 săptămîni).

Briquet, Sindromul (Sindromul “dosarului gros”) O formă de ipohondrie (p. 390) sau de “alterare a somatizării “. Pacientul trebuie să fi avut cel puţin 14 simptome inexplicabile de preferat la nivelul mai multor organe. Sindromul reprezintă mai degrabă o extremă a spectrului simptomelor somatice decât o abatere de la “funcţionalitatea psihologică sănătoasă“ (C Deighton 1985 *Psychological Medicine* 15, 515-20).

Bruton, Agammaglobulinemia gonosomală Afectează doar persoanele de sex masculin – ce prezintă infecţii severe şi articulaţii mărite. Sunt absente plăcile Peyer, amigdalele şi apendicele.

Buchanan, Sindromul O singură arteră ia naştere de la baza cordului furnizînd sânge atât vascularizaţiei pulmonare cât şi celei sistemice. Aorta poate fi sau nu divizată. Cianoza este prezentă de la naştere. Poate fi posibilă corecţia chirurgicală.

Capgras, Sindromul Pacientul este convins că o persoană binecunoscută lui a fost înlocuită printr-o sosie perfectă. De obicei, dar nu totdeauna este o manifestare componentă a psihozei. Poate apărea de asemenea, ulterior traumatismului cranian sau atrofiei cerebrale. Poate exista o malformaţie în regiunea occipito-temporală dreaptă sau o tumoră pituitară.

Carini, Sindromul Descuamarea epidermului de aspect hiperkeratozic (cornos) determină “aspectul de copil aligator“.

Chediak-Higashi, Sindromul Este un albinism cu determinism autosomal, ce prezintă: fotofobie, nistagmus la expunerea la lumină, astenie, tremor, febră şi trombocitopenie. Hepatosplenomegalia poate fi prezentă şi asociată limfoamelor. Leucocitele conţin granule gigantice cu peroxidază.

Conradi-Hünermann, Sindromul Acesta include nas cârn, hipoplazie nazală, bose frontale proeminente, hipotrofie staturală, epifize osoase cu aspect pătat, ce pot fi însoţite de atrofie optică, cataractă, retardare mentală, contracturi ale muşchilor flexori. Acest sindrom apare secundar efectelor teratogene ale administrării warfarinei în primul trimestru de sarcină.

Cornelia Di Lange, Sindromul Se caracterizează prin prezenţa nanismului de cauză necunoscută asociat cu anomalii de formă a extremităţii cefalice, cu sprâncene ce se unesc pe linia mediană.

Alte semne: hirsutism, urechi jos implantate, spaţii interdentare largi, pliu palmar unic (simian), QI scăzut, crize comiţiale. Nu au fost identificate anomalii cromosomiale.

Corrigan, Sindromul Reprezintă regurgitaţia aortică congenitală.

Cotard, Sindromul Pacientul fie îşi neagă propria existenţă (iluzie nihilistă), fie poate crede că intestinele proprii intră în putrefacţie, fie cere chiar propria înhumare, fiind convins că este un corp în descompunere. Este asociat depresiei psihice în special la persoanele peste 60 de ani, alcoolismului şi foarte rar sifilisului sau leziunilor de lob parietal.

Crigler-Najjar, Sindromul Icterul apare în primele zile de viaţă şi se datorează activităţii reduse a glucuroniltransferazei. Pacienţii fără "kernicterus" pot supravieţui. Poate fi încercată plasmafereză.

Dandy-Walker, Sindromul Obstrucţia congenitală a foramenelor Magendie şi Luschka conduce la mărirea progresivă a capului, congestia venelor scalpului, bombarea fontanelei, dehiscenţa suturilor craniene, edem al papilei optice şi bradicardie. *Tratament:* drenarea LCR într-o cavitate naturală a corpului.

De Clerambault, Sindromul (Erotomania) Pacientul este de obicei o femeie singură, care nutreşte falsa convingere că cineva cu un statut social mult mai înalt decît al ei (de ex. un politician sau o persoană care lucrează în industria de divertisment, binecunoscute -celebre) o iubeşte, dar din diferite motive este incapabil să comunice direct cu ea. Se simte satisfăcută pentru că a fost "aleasă" de către el şi poate produce mari neplăceri persoanei respective făcând publice sentimentele pe care ea crede că el i le împărtăşeşte.

Diamond-Blackfan, Sindromul (Erytrogenesis imperfecta) Acesta este un defect genetic, moştenit, al eritropoiezei ce apare precoce şi se manifestă prin paloare accentuată. Pot fi tentate corticoterapia şi transplantele medulare.

Di George, Sindromul Absenţa timusului cu hipoplazia glandelor tiroide, asociat cu anemie, limfopenie, hipocalcemie şi imunodeficienţă (deficit al imunităţii celulare). În majoritatea cazurilor se asociază cu monosomia unei regiuni a cromozomului 22q11. Acest sindrom este cunoscut a fi legat de sindromul velo-cardio-facial cu multiple anomalii: despicătura palatină, malformaţii cardiace, deficit cognitiv şi facies caracteristic (P.Scambler 1992 *Lancet* i 1138).

Di Guglielmo, Sindromul Este o displazie eritrocitară de cauză necunoscută, cu infiltrarea eritroidă a ficatului, splinei şi altor organe . Sunt necesare transfuziile.

Dresbach, Sindromul Hemoliză datorată ovalocitozei ereditare, asociată cu ulcere gambiere şi malformaţii maxilo-faciale. Este un sindrom autosomal dominant. Splenectomia poate fi utilă.

Fallot, Tetralogia Stenoză pulmonară, dextropoziţia aortei, defect septal interventricular, HVD (hipertrofie de ventricul drept). Aspect clinic de cianoză din momentul închiderii canalului arterial, dispnee, pierderi ale conştienţei, poziţie ghemuită în timpul jocului, hipocratism digital. CCF este rară. *Semne:* freamăt la palparea zonei precordiale, absenţa ascultatorie a componentei pulmonare a zgomotului II, suflu sistolic aspru parasternal stâng. *Teste:* HC- HB↑. RXT: conturul cardiac are aspect de "sabot de lemn", +HVD. ECG: HVD. *Prognostic:* după chirurgia corectivă, supravieţuirea este de 32 de ani în proporţie de 86 (J.G.Murphy 1993 *NEJM* **329**, 593).

Duchenne, Distrofia musculară Apare la băieţi între 1-6 ani, ce au un mers legănat, neîndemânatic. Pentru a se ridica atunci când este aşezat pe podea, băiatul îşi foloseşte mîinile pentru a-şi ridica membrele inferioare (manevra lui Godwer). Muşchii centurii distale sunt afectaţi tardiv iar atrofia selectivă cauzează pseudohipertrofia regiunii gambiere posterioare. Ulterior copilul devine dependent de scaunul cu rotile (de ex. în jurul vîrstei de 9-12 ani), dezvoltînd scolioză şi infecţii respiratorii recurente. Scopul de a permite copilului să meargă nesprijinit poate fi atins de exemplu prin purtare de proteze-genunchi-călcâi-picior. Operaţia Luque (fixarea coloanei vertebrale) sau scolioza redusă prin corset. Prednisolone 0,75 mg/kg/24 h PO îmbunătăţeşte forţa şi funcţionalitatea musculară dar nu permite renunţarea la corset sau la scaunul cu rotile. (J.Mendell 1989 *NEJM* **320,** 1592). Există o hipoventilaţie continuă, progresivă care reprezintă cauză de deces în aproximativ 70% din cazuri. O capacitate vitală`sub 700 ml este un semn predictiv al decesului iminent. Este improbabil ca ventilaţia asistată, prelungind viaţa bolnavului, să-i amelioreze şi prognosticul (J.Heckmatt 1987 *BMJ* **ii** 1014). Creatinfosfokinaza plasmatică este crescută, măsoară acest parametru la toţi băieţii care nu merg după 18 luni, astfel încât sfatul genetic adecvat să poată fi acordat părinţilor copilului (boala are determinism gonosomal recisiv). Biopsia musculară: fibre musculare anormale, înconjurate de ţesut adipos şi fibros. Mortalitate: aproximativ 75% din bolnavi mor la aproximativ 20 de ani, 5% trăiesc până la 50ani. Doar femeile transmit boala (poartă defectul genetic) iar ~80% dintre purtătoare vor prezenta anomalii biochimice la testare.

Screening-ul prenatal utilizînd tipajul genic este de asemenea disponibil.

Ebstein, Anomalia Un defect congenital cardiac cu implantare joasă a aparatului valvular tricuspidian (valvele componente fiind deformate) astfel încît apare o atrializare a ventriculului drept. Poate fi asimptomatică, sau pot apărea: cianoză, hipocratism digital, galop, sufluri sistolice sau diastolice. Poate fi asociată cu multe alte malformaţii congenitale. *Teste:* ECG unde P înalte (ascuţite), alungirea intervalului PR, bloc de ramură dreaptă.

Edward, Sindromul (Trisomia 18) Caracteristici clinice: sugar rigid, cu membrele flectate, retard mental, urechi jos implantate şi malformate, bărbie retrasă (micrognatism), exoftalmie, despicătură labială sau palatină şi hernii ombilicale sau inghinale. Prezenţa sternului scurt face ca mameloanele să pară depărtate. Degetele nu pot face extensia iar indexul acoperă parţial mediusul. Supravieţuirea este mai lungă la femei (în medie 10 luni).

Ehlers-Danlos, Sindromul Sindrom al ţesutului conjunctiv, în care, pe tegumentul moale, hiperelastic, apar uşor hematoame. Pot apărea hemoragii GI. Articulaţiile sunt laxe şi hipermobile. Piciorul plat poate fi o caracteristică a bolii. Transmiterea este autosomală.

Eisenmenger, Sindromul Malformaţia cardiacă congenitală asociată iniţial cu şunt stânga dreapta ce poate determina hipertensiunea pulmonară şi inversarea şuntului. Din acest moment se instalează cianoza, (± insuficienţa cardiacă şi infecţiile respiratorii) şi se poate spune că a apărut sdr. Eisenmenger. Acest sindrom este ireversibil şi are prognostic rezervat.

Erb, Distrofia musculară (Distrofia scapulohumerală musculară) Ambele sexe sunt afectate în mod egal, boala debutând între prima şi a şasea decadă a vieţii. Afectarea musculaturii este tardivă. Este diminuată durata de viaţă dar evoluţia bolii este lentă.

Galeazzi, Fractura Fractura mânerului extremităţii inferioare a radiusului cu subluxaţia extremităţii inferioare a cubitusului.

Ganser, Sindromul Este o "pseudodemenţă" în care pacientul dă "răspunsuri aproximative" la întrebările medicului examinator. Un pacient întrebat "Ce culoare are scaunul din colţ?" a răspuns astfel "Ce colţ? Nu ştiu ce este acela un colţ. Nu văd nici un scaun..." Remarcile absurde apar doar ca răspunsuri la întrebările puse. Este prezentă invariabil dezorientarea, dar deficitul intelectual este inconstant (de aici şi "pseudo"). Isteria, halucinaţiile şi nivelul fluctuant al conştienţei sunt frecvente. Adesea simptomatologia este precedată de un traumatism cranian (W. Lishman 1978 *Organic Psychiatry*, Blackwell).

Gaucher, Sindromul Este cea mai frecventă tezaurismoză lizozomală. Există un deficit de glucocerebrozidază transmis autosomal astfel încât glucocerebrozidele se acumulează în lizozomii macrofagelor (producând aşa-numitele celule Gaucher), determinând organomegalie progresivă cu infiltrare medulară. Există pigmentarea feţei şi membrelor inferioare. *Diagnostic:* testul activităţii glucocerebrozidazelor din fibroblastele cutanate. Decesul se produce adesea prin pneumonie sau hemoragie. În boala Gaucher la copil (Gaucher-ul infatil) apar semne de afectare a SNC (rigiditate cervicală, disfagie, catatonie, hiperflexie, QI scăzut). *Tratament:* boala Gaucher este tratabilă acum prin terapia enzimatică (alglucerase= Ceredase®), ce metabolizează cerebrozidele intracelulare în splină şi ficat; doza exemplu 60 UI/kg/2 săptămâni, perfuzie intravenoasă timp de 4 ore; costul inducerii remisiunii ~100 000 lire). (Tom Cox 1993 *Lancet* ii, 694).

Hand-Schüller-Christian, Sindromul Este o afecţiune distructivă, infiltrativă, în care oasele, ficatul, tegumentul şi splina prezintă agregate cu aspect necrotic (litic) ce conţin eozinofile, plasmocite şi histiocite vacuolizate. Leziunile pot fi evidenţiate la scintigrafia osoasă cu Techneţiu 99 radioactiv. Este o entitate din cadrul unei afecţiuni complexe cunoscută generic ca histiocitoza X (care mai include şi boala Letterer-Siwe) şi granulomul eozinofilic al osului. Această boală poate apărea la copii sau adulţi şi frecvent debutează printr-un polip ce apare la nivelul conductului auditiv extern. Alte manifestări caracteristice: dermatită cu eroziune şi pustule, exoftalmie, hepatosplenomegalie, limfadenopatie, (rareori supurativă cu formare de sinus limfatic), plămân cu aspect de "fagure", stomatită, trombocitopenie şi anemie. *Tratament:* Chirurgia ortopedică, radioterapia, corticoterapia sau citotoxicele pot induce remisiunea.

Hartnup, Boala Este un defect congenital de metabolizare a triptofanului care este precipitat de către lumină. Tegumentul este îngroşat, cornos (aspect de solzi) şi devine hiperpigmentat în zonele expuse la lumină. Pot apărea nistagmusul, ataxia şi hiperreflexia. Tratament: Administrează nicotinamidă şi vitamine din grupul B. Boală autosomal recesivă.

Hunter, Sindromul (Mucopolizaharidoza II). Deficienţă de iduronat-sulfatază care afectează de obicei persoanele de sex masculin (transmitere gonosomal recesivă, dar o nouă mutaţie în 33%) şi produce surditate, retard mental, nanism, diaree cronică, facies neobişnuit, rigiditate articulară, opacifiere corneană şi hepatosplenomegalie. *Diagnostic:* măsurarea iduronat-sulfatazei serice. Chiar şi în formele severe afectarea organismului este mai uşoară decât în sindromul Hurler.

Huntington, Coreea Prevalenţă: 4-560/100 000 (în funcţie de localizare) *Transmitere:* autosomal dominantă (4p16.3; expansiunea/repetitivitatea trinucleotidului CAG, stă la baza unui test ADN foarte sensibil şi specific pentru detecţia modului de transmitere a bolii; B Kremer 1994 *NEJM,* **330,** 1401). Produsul mutaţiei genetice este denumit " huntingtină". Repetarea trinucleotidului instabil apare de asemenea şi în distrofia miotonică şi în sdr. X fragil. Neobişnuitele dileme etice în ceea ce privesc testele de detecţie, ştiut fiind că simptomele pot debuta imediat după procreere, au dispărut. Este vital "counselling-ul" amănunţit dinaintea testării. Dacă nepotul doreşte să-şi îndepărteze "sabia lui Damocles" de deasupra capului său, dar tatăl său nu doreşte să facă acelaşi lucru? (dacă nepotul e afectat, tatăl trebuie să fie şi el ?). *Aspect:* triada anomalii de mişcare (ex. hemicoree, rigiditate) demenţă şi antecedente familiale $^{+}$ve. Modificările de personalitate, autoneglijarea, apatia şi psihoza (rară), pot preceda stîngăcia mişcărilor, agitaţia cu grimase faciale rapide (care pot fi greşit interpretate ca falsă afectare – manierism), coma şi demenţa. Memoria poate fi relativ conservată comparativ cu cunoaşterea. *Teste:* analiza mutaţiilor; EEG: arată diminuarea ritmurilor. *Tratament:* într-un trial deschis Clozapina s-a dovedit a fi utilă. (*Neurology* 1994, **44,** 821). Caută recomandările specialistului.

Hunt, Sindromul (deficienţa de piridoxină cerebrală) Crize epileptice neonatale, care netratate cauzează decesul (tratament: piridoxină 50 mg IV administrate sub control EEG).

Hurler, Sindromul (Mucopolizaharidoza 1H) După câteva luni de creştere normală, apare deteriorarea mentală şi fizică cu hidrocefalie, îngroşarea pielii, afectarea vederii, hirsutism, *coxa valga* şi noduli suprascapulari. Există o deficienţă de α-L-iduronidază, astfel blocându-se degradarea dermatan-sulfatului şi a heparan-sulfatului şi cauzând excreţia mucopolizaharidelor în urină, cartilagiu, periost, tendoane, valve cardiace, meninge şi cornee. *Teste:* RX craniană – îngroşarea oaselor, absenţa sinusurilor frontale şi fosă pituitară deformată. Măduva osoasă: corpi Reilly (incluzii metacromatice) în limfocite şi histiocite. Decesul apare de obicei înainte de atingerea vârstei de 10 ani.

Hutchinson, Triada Cele 3 semne de sifilis congenital – surditate, keratită interstiţială şi dinţi tip Hutchinson (ascuţiţi).

Sindromul Ivemark. Este asocierea dintre asplenia congenitală cu defectul septal atrial de tip *ostium primum* (± stenoză sau atrezie valvulară pulmonară).

Kartagener, Sindromul (sdr. cililor imobili) Este o combinaţie între bronşiectazie, sinuzită cronică şi infertilitate masculină şi *situs inversus* (transpoziţia cardiacă şi a organelor abdominale). Se datorează deficitului funcţional al cililor celulari (inclusiv ai celulelor spermei), care este de asemenea răspunzător de malrotaţia organelor în perioada fetală. Sinusurile frontale sînt insuficient dezvoltate.

Sunt frecvente otita medie şi salpingita. *Teste:* EKG – unde P inversate în derivaţia precordială I, inversarea progresiei undei R.

Kawasaki, Boala Suspectează această boală la orice copil sub 9 ani care este febril de ≥5 ani, şi mai prezintă unul din următoarele semne: limfadenopatie cervicală (>1,5 cm diametru), hipertermie, buze uscate şi fisurate, artralgie, artrite, eritem, uveită, diaree, limbă zmeurie, sau descuamare la vârfurile degetelor. Icterul, meningismul, şi anevrismele arterelor coronare (şi vasculita mai frecventă decât în PAN) pot apărea şi ele. Este o cauză de cardiopatie dobândită mai frecventă decât febra reumatică. Se crede că ar fi o reacţie la diferite tipuri de infecţie. *Teste:* bilirubina plasmatică, transaminazele, α2 globulina, trombocitele, VSH-ul şi proteina C reactivă sunt crescute. *Tratament:* gamma-globulină 400 mg/kg/24 h în perfuzie peste 3 h timp de 3-5 zile de obicei determină o ameliorare rapidă (cu valoare diagnostică). (M.Pasternack *NEJM* 1990, **323,** 1196).

Klinefelter, Sindromul (polisomia XXY sau XXYY) Poate fi depistat în adolescenţă manifestându-se prin: psihopatie, libidou scăzut, pilozitate facială redusă, ginecomastie şi testicule mici şi ferme. Asocieri: T4↓, diabet, astm. Pot fi utile terapia cu androgeni şi chirurgia plastică pentru ginecomastie. Durata vieţii este neinfluenţată, dar lungimea membrelor superioare poate depăşi lungimea corpului cu aprox. 10 cm.

Klipel-Feil, Sindromul Afecţiune cu transmitere autosomal dominantă sau recesivă cu fuziunea congenitală a două sau mai multe vertebre. Pot exista nistagmus, surditate şi alte modificări patologice neurologice. “Mişcările în oglindă” , se spune că apar dacă mişcările voluntare ale unui membru sunt în mod involuntar imitate de către cel opus. Poate apărea paraplegie progresivă.

Landouzy-Dejerine, Distrofia musculară (fascio-scapulo-humerală) Slăbirea muşchilor umărului, de ex. la pieptănarea părului, poate apare la 12-14 ani. Există dificultăţi de închidere a ochilor, supt, suflat şi fluierat. Aripile scapulare şi buzele proemină, iar expresia facială este de aspect "netezit cu fierul de călcat". Mioglobina adultă este redusă, iar mioglobina fetală şi numărul de nuclei din sarcolemă sunt crescuţi. Transmitere: adesea autosomal dominantă.

Laurence-Moon-Biedl, Sindromul (Bardet-Biedl; Biedl-Bardet) – (vezi pagina 742) Pacientul este adesea un bărbat care prezintă tulburări de vedere (mergând de la dificultăţi ale vederii nocturne până la pierderea completă a vederii). Există obezitate, polidactilie, organe genitale externe slab dezvoltate, parapareză, retinită pigmetară, strabism, cataractă, pilozitate corporală redusă, azoospermie, QI↓, malformaţii renale (bombări caliceale, chisturi sau diverticule, lobulaţie renală de tip fetal; insuficienţă renală ca etapă terminală în 15% din cazuri). Transmitere: autosomal recesivă (J.Harnett 1989 *NEJM*, **319**, 519).

Leber, Atrofia optică ereditară Această neuropatie afectează majoritatea persoanelor de sex masculin şi determină orbire bilaterală de tip acut sau subacut cu scotom central. A fost sugerată o eroare înnăscută de detoxifiere a cianaţilor.

Lisch-Nyhan, Sindromul Este o perturbare a metabolismului acidului uric care apare precoce (la sexul masculin) cu spasme ale muşchilor flexori ai trunchiului, contracţii clonice, atetoză, astenie, hipotonie şi crize comiţiale. Ulterior apare autofagia membrelor inferioare, balansul capului, zgârierea feţei. *Tratamentul:* allopurinolul poate preveni litiaza renală, dar nu previne şi leziunile de autopedepsire.

Li-Fraumeni, Sindromul şi gardianul genomului Este o afecţiune moştenită în care membrii unei familii sunt foarte susceptibili pentru malignităţi multiple la o vârstă tânără. Pe lîngă drama familială pe care o produce acest sindrom este de mare interes pentru geneticieni deoarece familiile care-l moştenesc au o mutaţie genetică transmisibilă prin celulele gamete în una din alelele p53. p53 este o genă supresoare tumorală vitală (cromozomul 17 p13.1; codifică fosfoproteina nucleară, un factor de transcripţie care permite pasajul prin ciclul celular). Deoarece numai una din genele alele este afectată, se produce o dezvoltare normală până când o mutaţie spontană le afectează pe celelalte. Mutaţia somatică a p53 se produce la ambele alele în 50-80% din cancerele umane spontane. Celulele cu mutaţia p53 nu se opresc în GI (o fază în care se produce în mod normal repararea ADN-ului, iar ADN-ul defect este decupat), ci sar direct în SI (faza de replicare a ADN-ului). De aceea, proteina p53 este cunosacută sub denumirea de "gardian al genomului" (R.Ville 1993 *BMJ*, **ii**, 1226).

Lutembacher, Sindromul Defect septal atrial ce determină stenoza mitrală.

Martin-Bell, Sindromul (sindromul X fragil) 20% din retardul mental masculin este datorat cromozomului X, şi aprox. 1/3 din băieţi au semidominanta sindromului X fragil – incluzând: QI scăzut (20-70), testicule mărite, maxilar proeminent, asimetrie facială, urechi lungi şi puţină prezenţă de spirit. Există o constricţie la poziţia 27 a braţului lung al cromozomului X. 2/3 din femeile purtătoare au un QI normal; 1/3 sunt retardate mental. *Teste:* este posibil acum citodiagnosticul prenatal utilizînd sînge fetal. Screening-ul ar putea fi general sau îndreptat spre categoriile cu risc înalt (familii cu mai mult de un bărbat retardat mental; bărbaţi retardaţi cu testicule mărite; bărbaţi cu autism sau sindrom Prader-Willi). NB: screening-ul pentru evidenţierea purtătoarelor conduce la marcare şi stigmatizare şi este respins de unele familii. *Tratament:* acidul folic poate fi util (D.York Moore 1992 *BMJ*, **ii** 208; R.Hagerman 1992 *Fragile X* Syndrome, Baltimore, Johns Hopkins University Press).🖫

Mc Cune-Albright, Sindromul Displazia fibroasă poliosteotică a osului, zone neregulate de pigmentare cutanată, pubertate precoce (p. 230). *RX craniu:* creşterea densităţii ososase a bazei craniului.

Meckel, Diverticulul Apare la ≤2‰ din populaţie la mai mult de 60cm de valva ileocecală (pe versantul antimezenteric al ileonului) şi poate fi cauza durerii şi hemoragiei GI oculte (fecale cărămizii sau negre ce pot căpăta aspect lucios). Este principala cauză de sângerare rectală la copii. Poate produce de asemenea obstrucţie GI. Diagnostic: scintigrafia cu radioizotopi; laparotomie.

Monteggia, Fractura Fractura 1/3 proximale a cubitusului cu angulare în focarul de fractură şi subluxaţie/dislocare a capului radial, ce este adesea cauzată de căderea pe braţul hiperextins cu pronaţie forţată *(BMJ* 1993 **ii** 1061). Pentru buna aliniere a oaselor fracturate sunt necesare reducerea sângerândă şi aplicarea de plăci metalice (cu imobilizare ghipsată 4-6 săptămâni), pentru a nu afecta pronaţia. Aşteaptă reosificarea completă (12 săptămâni) înainte de a indica începerea folosirii normale a braţului afectat.

Morquio, Sindromul (Mucopolizaharidioza IV) Degradare deficitară a keratin-sulfatului (este excretat în urină), ce determină statură↓; surditate; astenie; gură largă grosolană; spaţii interdentare largi; pectus carinatum, regurgitaţie (insuficienţă aortică) – dar nu şi retard mental. Autosomal recesivă.

Moyamoya, Boala Îngroşarea intimei duce la stenozarea arterelor intracerebrale proximale cu accidente vasculare cerebrale sau TIA-uri (atacuri ischemice tranzitorii) (hemiplegie alternând cu dispraxie, migrenă, fotofobie). Pacientul tipic este reprezentat de o fată japoneză cu o infecţie ce declanşează simptomatologia (de exemplu amigdalita). Simptomele sunt agravate de hipoventilaţie (CO_2↓ determină vasoconstricţie periculoasă). *Teste:* angiografia cu substracţie digitală prezintă apariţia colateralelor arteriale ("ca fumul de ţigară"). RMN sau CT pot evidenţia multiple infarctizări în locuri "protejate". *Tratament:* afecţiunea se poate remite spontan. Chirurgia de tip by-pass poate fi posibilă (K Chaudhuri 1993 *BMJ* ii 852).

Niemann-Pick, Boala După luni sau ani de creştere normală apare declinul fizic şi mental cu atrofia membrelor, hepatosplenomegalie, datorate metabolismului anormal al sfingomielinei. Pot apărea pete maronii pe tegumente şi puncte roşii la nivelul maculei. Există cinci tipuri ale acestei boli.

Noonan, Sindromul Malformaţii cardiace (de exemplu cardiomiopatie hipertrofică, defecte septale) cu ptoză palpebrală şi ochi înclinaţi inferior, urechi jos implantate şi pliuri cervicale. Sunt frecvente hematoamele cutanate (APTT↑ şi factorii VIII, IX, XII scăzuţi). Pot exista anomalii în orice sistem, iar înălţimea şi inteligenţa sunt sub medie, dar nu sever scăzute. Transmitere: autosomal dominantă.

Othello, Sindromul (Gelozie morbidă) O persoană îndrăgostită crede împotriva tuturor raţiunilor că iubitul (iubita) său (sa) îi este infidel din punct de vedere sexual; poate de asemenea crede că ea complotează împotriva lui urmărind în mod deliberat să demonstreze că acesta este impotent. El poate să o spioneze, şi îi examinează lenjeria intimă pentru a descoperi eventualele urme de activitate sexuală. Poate fi primar sau secundar (alcoolismului, schizofreniei, nevrozei sau depresiei). *Tratamentul* este adesea dificil şi este necesar ajutorul unui specialist psihiatru. Afecţiunea poate fi mortală... "Uneori, fără să o văd pe Albertine din nou, ...parcă mi-ar străfulgera prin memorie o imagine a ei cu Gisèle într-o atitudine care mi-a părut inocentă în acel moment; această amintire mi-ar fi suficientă acum pentru a-mi distruge pacea sufletului pe care m-am străduit să mi-o recapăt, şi nu aş mai avea nevoie să ies afară şi să respir germeni periculoşi, ci mi-aş furniza, aşa cum Cottard ar fi spus, propriile mele toxine." (Marcel Proust 1921, *Sodome et Gomorrhe).*

Patau, Sindromul (Trisomia 13) Capul şi ochii sunt mici, – ± malformaţii cum ar fi absenţa corpului calos şi ventricul unic. Leziunile cardiace, rinichii polichistici, şi despicăturile palatine/labiale sunt frecvente. Mâinile prezintă contracturi în flexie ± polidactilie cu unghii înguste. Frecvenţă 1/7500 de naşteri.

Pick, Demenţa Debutează adesea mai târziu decât boala Alzheimer – de exempul cu modificări de caracter, asociate cu semne de afectare a lobului frontal, cum ar fi pierderea sensibilităţii tactile grosiere. Lipsa de constrângere poate duce la jucarea unor feste, şi la aventuri sexuale neobişnuite. Politeţea socială este înlocuită de către euforia stupidă şi de către jargonul disfazic, înainte de apariţia deteriorării intelectuale şi a SNC.

Pierre Robin, Sindromul Dificultăţi de alimentare şi respirare neonatală, datorate micrognaţiei ± despicătură palatină sau anomalii oculare. Previne alunecarea posterioară a limbii prin comprimarea abdomenului (cu toracele ridicat pe o pernă).

Pompe, Tezaurismoza (glicogenoza) (tip II) Absenţa activităţii α 1, 4 glucozidazei conduce la astenie marcată şi falimentul creşterii în primele săptămâni de viaţă (sau ulterior în unele forme). Pot apărea retardul mental şi infecţiile respiratorii. Glicogenul se acumulează în cord, muşchi, SNC, ficat, rinichi şi glandele suprarenale. Supravieţuirile după primul an de viaţă sunt puţine.

Pott, Fractura Fractură + dislocare/subluxaţie a calcâiului (p. 804).

Prader-Willi, Sindromul După naştere apare hipotonia, epilepsia şi somnolenţa. Copilul de obicei, are ochi albaştri şi păr blond. Ulterior, pot apare hiperfagia, obezitatea, hipogonadismul, hipotrofia staturală şi hipoglicemia. *Teste* EEG: complexe undă – vârf lente. 50% din pacienţi au o mică deleţie pe porţiunea proximală a braţului lung al cromosomului 15. (M. Baraitser & J Winter 1991 *London Neurogenetics Database* OUP)

Ramsay-Hunt, Sindromul (Herpes zoster oticus) Durere severă în ureche, de obicei apărută la pacienţii în vârstă, ce precedă paralizia de nerv facial. Veziculele zosteriene apar în jurul urechii, în conductul auditiv extern, pe palatul moale, şi în loja amigdaliană. Pot apărea vertij sau surditate care se remit lent, ceea ce poate lăsa ca sechelă pierderea percepţiei sunetelor înalte. Durerea dispare de obicei după 48 de ore.

Reye, Sindromul *Aspect clinic:* Vărsături, febră, hipotonie şi stupor, mergând până la comă şi insuficienţă hepatică. Poate avea o cauză infecţioasă sau/şi poate fi datorată administrării la copii de aspirină, antiemetice, sau antihistaminice.🖫 Vârsta medie pentru debutul bolii este de 14 luni. (Vârsta copiilor din SUA tinde să fie mai mare.)

Teste: glucoza↓; transaminaza↑; amoniac sanguin↑; INR↑. Biopsia hepatică: mitocondriile balonizate pleiomorfice (ATP↓, gluconeogeneza şi ureageneza↓).

Diagnostic diferenţial: Perturbări metabolice transmise genetic.

Stadializare: Elementul principal al stadializării îl reprezintă recunoaşterea stadiului 2 (sau a formelor mai grave care trebuie să determine internarea rapidă într-un centru de tip terţiar cu facilităţi de monitorizare ICP, de exemplu, cu electrozi subarahnoidieni) şi a presiunii arteriale.

Criteriile stadiului 2: vorbire incoerentă, combativitate şi stupoare, postură normală, răspuns la durere orientat sau neorientat, răspunsuri pupilare lente, integritatea reflexului ocular al lui Doll.

Conduită ▶Corectează hipoglicemia, instalează o perfuzie intravenoasă *continuă* cu glucoză 10-15%. Restricţia fluidelor; măsoară glicemia la fiecare 2 ore; administrează vitamina K 0, 25 mg/kg corp lent IV (monitorizează timpul de protrombină); scade ICP (vezi p. 298). Stabileşte presiunea de perfuzie cerebrală la aproximativ 40 mmHg (TA sistolică – ICP). Controlează febra şi crizele convulsive. *Mortalitate:* aprox. 50 %. *Incidenţa:* aprox. 1-6 pacienţi/10^6 copii sub 16 ani /an. Datorită abandonării administrării pe scară largă a aspirinei la copii, incidenţa sindromului a scăzut. (A. Green 1992 *Arch Dis Chi* 67 1313 şi J F Glagow 1993 *BMJ* ii 950).

Russel Silver, Sindromul Creştere asimetrică (hemihipertrofie) cu nanism şi pubertate precoce. Asocieri: tumora Wilms.

Shakhonovich, Sindromul (paralizia periodică hipokaliemică) Crizele pot fi precipitate de stres, menstruaţie, frig, mese bogate în carbohidraţi, repaus după efort fizic şi ingestia de liquiritia. Debutează tipic dimineaţa devreme cu paralizie flască ce începe la membrele inferioare şi se întinde către restul corpului. Mişcările oculare, respiraţia, deglutiţia şi vorbirea sunt neinfluenţate. Revenirea la normal durează 24 de ore. Pacientul are de obicei între 7 şi 21 de ani, şi poate prezenta antecedente de migrenă. În timpul crizelor, musculatura pare mai fermă decât normal. Reflexele tendinoase sunt diminuate. *Teste:* K^+ seric, şi fosforul sunt de obicei diminuate în timpul crizei. Glicozuria poate fi prezentă. Există neutrofilie cu eozinopenie. Transmitere: autosomal dominantă. Pot apărea cazuri sporadice. *Tratament:* spironolactona şi dieta hiposodată pot preveni crizele.

Smith, Fractura a extremităţii distale a radiusului. Este cunoscută ca fractură Colles inversată, cu angularea anterioară (mai frecventă decît cea posterioară) a fragmentelor radiale fracturate. Este necesară reducerea fracturii cu antebraţul imobilizat în supinaţie completă.

Still, Boala (Artrita reumatoidă juvenilă) Pacienta este adesea o fată la prepubertate, care dezvoltă sinovită mono- sau poliarticulară cu erodarea cartilagiului, adesea precedată de febră, pericardită, iridociclită, pneumonie, limfadenopatie, şi splenomegalie. Această boală este răspunzătoare de 10% din artritele cronice juvenile şi a fost individualizată din această entitate mai largă, datorită prezenţei în sânge a factorului reumatoid. Alte afecţiuni ale acestei entităţi sunt: spondilita anchilozantă juvenilă, artrita psoriazică şi artrita asociată afecţiunilor intestinale (de ex. colita ulcerativă). *Teste:* HC; leucocitoză; VSH↑; anemie uşoară.

Tratamentul este mai degrabă paleativ decât curativ. Efortul fizic uşor trebuie urmat de repaus timp de o oră pe zi. Dacă articulaţiile şoldului sunt afectate, fizioterapia are scopul de a preveni contracturile prin stimularea extensiei (de ex. aşezat în decubit dorsal pe podea pentru a privi la TV). Pot fi necesare imobilizarea pe atelă, tracţiunea, sau gimnastica fără ridicare de greutăţi. Îndepărtează rigiditatea matinală printr-o baie fierbinte. Naproxenul 5 mg/kg/12 h per os poate ameliora simptomele. Aspirina poate fi utilă de la 13 mg/kg/4 h per os, pentru a atinge nivele serice de <250 mg/l (atenţie la toxicitatea hepatică şi a SNC). Dacă există afectare sistemică pot fi utile prednisolonul 0,5 mg/kg/zi per os, penicilamina, sărurile de aur, şi hidroxiclorochina. Chirurgia poate fi necesară pentru a conserva funcţionalitatea articulaţiilor.

(A Craft 1985 *Prescrib* J **25** 75).

Sydenham, Coreea (Dansul St. Vitus) Acest tip de coree apare după febra reumatică. Există mişcări bruşte, involuntare ale unui membru, iar limba poate pendula înainte-înapoi, la fel ca cea a unei şopârle.

Syme, Amputaţia Piciorul este amputat la nivelul extremităţii inferioare a tibiei, imediat proximal articulaţiei călcâiului.

Tay-Sachs, Boala Gangliozidoză tip I cu transmitere autosomal recesivă, care afectează 1/400 din născuţii evrei (Ashkenazic). Este o afecţiune a materiei cenuşii. Hexozaminidaza lizozomală A este redusă. Nivelele scăzute ale enzimei sunt detectabile la purtători. Copilul poate fi normal până la 6 ani când se produce retardarea dezvoltării, fotofobie, crize convulsive mioclonice, hiperacuzie şi iritabilitate. Oftalmoscopia: pete roşii de culoarea cireşei la nivelul maculei optice. Decesul se produce de obicei la vârsta de 3-5 ani. Diagnosticul prenatal poate fi făcut prin amniocenteză.

Tolosa-Hunt, Sindromul O leziune în peretele superior al orbitei (sau al sinusului cavernos) produce oftalmoplegie unilaterală cu perturbarea sensibilităţii în zona primului ram al nervului trigemen – o situaţie foarte convenabilă pentru a efectua operaţiile de cataractă, care poate fi indusă temporar prin introducerea de anestezic la nivelul orbitei, cu ajutorul unui ac lung.

Treacher-Collins, Sindromul Asocierea fisurării pleoapelor inferioare cu fante palpebrale oblice, a aplatizării oaselor malare cu os zigomatic absent, sau hipoplazic. Dacă acestea sunt asociate cu malformaţii mandibulare, auriculare, şi surditate, sindromul se numeşte Franceschetti.

Turner, Sindromul (XO) Fete cărora le lipseşte un cromosom sexual, şi au hipotrofie staturală (<130 cm) – posibil unica manifestare a sindromului, hiperconvexitatea unghiilor, unghiul util al cotului obtuz *(cubitus valgus)*, mameloane înfundate, torace larg, ptoză, nistagmus, gât înaripat, coarctaţii de aortă, malformaţii ale cordului stâng, limfedem al gambelor. Gonadele sunt dezvoltate rudimentar sau sunt absente. Pot apărea mozaicuri (XO, XX). *Tratament:* Somatotropină (hormon de creştere uman) 0,14 U /kg/24 h sc. previne nanismul (nu-l administra dacă epifiza a involuat).

Von Gierke, Sindromul (Glicogenoză de tip I) În această afecţiune, transmisă autosomal recesiv, există un deficit de glucoză-6-fosfatază. Se manifestă prin hipoglicemie apărută în primul an al vieţii, asociată cu falimentul creşterii, lordoză lombară, adipozitate accentuată, xantoame situate periarticular şi pe fese şi tendinţă la hemoragii. Există hepatomegalie dar fără splenomegalie.

Werner, Sindromul Sindrom de îmbătrânire precoce, diabet, cataractă, şi modificări tegumentare asemănătoare sclerodermiei.

Winkler, Boala Pacientul tipic este un bărbat de vârstă mijlocie, ce prezintă un nodul cronic ulcerat, cu scuame, situat pe helix la bărbat sau pe antehelix la femeie, de aici şi denumirea sindromului *chondrodermatitis nodularis helicis chronicis*. Leziuni multiple pot apărea de-a lungul pavilionului.

Cauze: se crede că, traumatismele recurente minore au un rol important. Apare mai frecvent la urechea de pe partea pe care pacientul doarme.[1] Persoanele cu risc sunt reprezentate de operatorii telefonişti, şi de călugăriţele care poartă voaluri strânse. Este de natură benignă. *Tratament:* excizie chirurgicală.

---

[1] J F Bourke 1993 *BMJ* ii 327.

11. Anestezia

Traducere de Dr. TOMA P. TUDOR & Dr. CRISTIAN ARIEŞEAN

Introducere 853
Îngrijirea preoperatorie 854
Examinarea şi testele preoperatorii 856
Teste 856
Clasificarea ASA (Societatea Americană de Anesteziologie) 857
Premedicaţia 858
Echipament 860

Agenţi anestezici

Agenţi inhalatori 860
Anestezicul iv ideal 862

Agenţi anestezici intravenoşi:

Tiopentan sodic 862
Alte anestezice IV 864
Blocanţii neuromusculari 865

Realizarea practică a anesteziei

Inducţia 866
Controlul căilor aeriene 866
Intubaţia 868
Faza de inducţie rapidă 868
Menţinerea anesteziei 868
Sfârşitul anesteziei 869
Tehnica intubaţiei 870
Monitorizarea în timpul anesteziei 872
Complicaţiile anesteziei 872
Sedarea 874
Revenirea din anestezie 874
Anestezia locală 876
    tehnici 878-80
Durerea 882

► Pagini relevante din alte capitole:

Reducerea durerii în timpul naşterii (p. 126); resuscitarea după naştere (p. 272); terapia intensivă neonatologică (p. 274); ventilarea nou-născuţilor (p. 276); injecţiile intraarticulare (p. 736-38); traumatisme majore (p. 772); alegerea corectă a dozei de lignocaină în funcţie de greutatea corporală (p. 775); alinarea durerii la copii (p. 776); blocajul Bier (p. 792).

Introducere

Anestezia a pornit şi s-a dezvoltat din mai multe direcţii. În 1844 Horace Wells a utilizat oxidul de azot pentru extracţiile dentare, iar în 1846 WTG Morton a dat prima anestezie chirurgicală cu eter. În prezent anestezia este o specialitate sofisticată şi de sine stătătoare. Dacă triada anesteziologică (hipnoza, analgezia şi relaxarea musculară) a rămas fundamentul în anestezia chirurgicală, în schimb, rolul anestezistului s-a extins, nu numai în oferirea unui confort chirurgical ci şi în asigurarea unei terapii intensive, în resuscitare, alinarea durerilor cronice şi acute, precum şi în asigurarea anesteziei necesare efectuării unor proceduri diagnostice. Pentru a putea practica bine, un anesteziolog trebuie să aibă cunoştinţe de medicină generală, fiziologie, farmacologie, de proprietăţi fizice ale gazelor precum şi asupra modului de funcţionare a echipamentului tehnic.

Îngrijirea preoperatorie

Obiective

1. Să se asigure că pacientul potrivit primeşte operaţia potrivită. S-au schimbat semnele şi simptomele? Dacă da, informează chirurgul.
2. Să se evalueze şi să se cântărească riscurile anesteziei.
3. Să se pregătească bine pacientul.
4. Să se decidă tipul de anestezie şi analgezie.
5. Să se îndepărteze anxietatea şi durerea.

Consultul pre-operator. Evaluează sistemele respirator şi cardiovascular, toleranţa la efort, dacă există şi alte boli, dacă are alergie la medicamente şi dacă se află în terapie cronică cu un anumit medicament. Evaluează antecedentele personale – infarct miocardic, diabet zaharat, astm, hipertensiune, reumatism articular, epilepsie, icter. Evaluează eventuale riscuri specifice – de exemplu: graviditatea.

A mai avut probleme anestezice (greaţă, tromboză venoasă profundă)? A mai suportat o anestezie generală recentă? (A nu se repeta halotanul în primele 6 luni.)

Antecedente familiale. Întreabă despre hiperpirexie malignă (p. 872); distrofie miotonică (MMC, p. 470); porfirie; probleme colinesterazice; anemie hemolitică (testează la nevoie). Pacientul are vreo teamă sau grijă aparte?

Medicamente (MMC, p. 86). Întreabă despre alergie la medicamente, antiseptice, plasturi.

Antibiotice: neomicina, streptomicina, kanamicina, polimixina şi tetraciclinele pot prelungi blocajul neuromuscular.

Anticoagulante: ai grijă în cazul anesteziei locale. Verifică coagulabilitatea.

Beta-blocanţi: administrează-i continuu, chiar şi în ziua operaţiei, altfel vei avea de-a face cu un răspuns cardiovascular labil.

Digoxin: administrează continuu, chiar şi în dimineaţa operaţiei. Verifică eventuala intoxicaţie digitalică şi măsoară potasemia. Suxametoniu creşte potasemia şi poate duce la apariţia de aritmii ventriculare pe un cord digitalizat. Potenţarea efectelor vagotonice ale digitalei de către halotan şi neostigmină poate fi amplificată de o creştere a calcemiei şi o scădere a potasemiei.

Diuretice: atenţie la hipokaliemie. Se face analiza urinei pentru electroliţi (şi bicarbonat).

Insulina: dacă se utilizează preparate cu acţiune lungă, pacientul va fi suficient de bine echilibrat pentru o intervenţie scurtă. Administrarea IV de dextroză 5% împreună cu KCl şi insulină în dimineaţa operaţiei va permite un control eficient al glicemiei. Vezi MMC, p. 108.

Levodopa: posibile artimii atunci când pacientul se află sub anestezie generală.

Litiu: trebuie oprit cu 3 săptămâni înaintea operaţiei. Poate potenţa blocajul neuromuscular şi cauza aritmii. Fii atent la toxicitatea post-operatorie şi la dezechilibrul electroliţilor urinari. Vezi p. 414.

IMAO: trebuie opriţi cu 3 săptămâni înainte de operaţie. Interacţiunea cu narcoticele şi anestezicele poate duce la crize hipertensive/hipotensive.

Medicamente oftalmologice: anticolinesterazele utilizate în tratamentul glaucomului (de ex, ecotiopat iodat) pot cauza sensibilizarea şi prelungirea efectului medicamentelor metabolizate de colinesteraze, de exemplu suxametoniu.

Antidiabetice orale: nu se va administra clorpropamidă cu cel puţin 24 h preoperator (t 1/2 lung).

Steroizi: dacă pacientul se află sub corticoterapie sau a luat rcent steroizi se administrează o doză de acoperire pentru perioada peri-operatorie (p. 121).

Triciclice: acestea cresc nivelul adrenalinei şi exercită efecte anticolinergice cauzând tahicardie, aritmii şi hipotensiune.

Examinarea şi testele preoperatorii

Este de datoria anestezistului să evalueze oportunitatea pentru anestezie. Medicul de salon este cel care trebuie să obţină o anamneză bună şi care face o examinare completă; tot el este şi cel care reasigură, informează şi obţine consimţământul scris al pacientului (de exemplu, trebuie să-şi reamintească să obţină consimţământul pacientului pentru o eventuală orhidectomie în cadrul procedurii de orhipexie, informează pacienţii supuşi tiroidectomiei de riscul leziunii nervului recurent).

Fii atent la posibilitatea existenţei unei eventuale afecţiuni pulmonare, a hipertensiunii, aritmii şi sufluri (profilaxia endocarditei este necesară? – vezi p. 224). În cazul unui pacient cu artrită reumatoidă recomandă pacientului o radiografie cervicală de profil pentru a preveni dificultăţile de intubare.

Teste. Orientează-te după anamneză şi examinare.

- U & E, HC şi glicemia la toţi pacienţii. Dacă Hb<10 g/dl informează anestezistul. Investighează/tratează adecvat. U & E sunt, în particular, importante dacă pacientul se află sub diuretice, are diabet, arsuri sau afecţiuni hepatice sau renale, este subnutrit, are un ileus sau este alimentat parenteral.
- Recoltează sânge pentru grup sanguin şi anunţă centrul de transfuzii să oprească sânge de tipul respectiv pentru operaţii de mastectomie, colecistectomie. Stochează 2 unităţi de sânge pentru operaţia cezariană; 4 unităţi pentru gastrectomie şi >6 unităţi pentru chirurgia anevrismului aortic abdominal.
- Teste sanguine specifice: TFH în icter, neoplasm şi abuz de alcool. Amilazele în durerea abdominală acută.

Glicemia la pacienţii diabetici (vezi MMC, p. 108)

Nivelul sanguin al unor medicamente (de exemplu digoxin).

Teste de coagulare în bolile hepatice: CID, hemoragii masive, tratament cu warfarină sau heparină. Ia legătura cu laboratorul dacă ai nevoie de recipiente speciale. Teste HIV, AgHBs – la pacienţii cu risc crescut, după explicaţii adecvate.

Teste de hemoliză la cei ce provin din Africa, Indiile de Vest sau bazinul mediteranean – sau la cei cu origini în zonele endemice de malarie (inclusiv India).

Testarea funcţiei tiroidiene la cei cu boli tiroidiene.

- RXT: dacă are boli cardiorespiratorii, dacă există o anumită patologie sau simptome.
- ECG: la cei cu toleranţă scăzută la efort sau antecedente de ischemie miocardică, hipertensiune sau reumatism.

Pregătirea. ▶ Întrerupe alimentaţia pacientului.

- Verifică dacă este nevoie de pregătirea intestinului sau a pielii.
- Dacă este indicată, începe profilaxia TVP. O doză de 5000 u. heparină SC preoperator, şi apoi la fiecare 12 h până la ieşirea din spital. Vezi p. 734.

- Introdu o sondă nazogastrică dacă este nevoie (înainte de inducţie pentru a preveni voma).
- Asigură, dacă este nevoie, aparatură radiologică pre-, intra- şi postoperator. Asigură-te că anatomo-patologul ştie că va fi nevoie de o secţiune la gheaţă.
- Asigură fizioterapia postoperatorie.

Clasificarea ASA (Societatea Americană de Anesteziologie)

1. Normal clinic

2. Boli sistemice de gravitate medie.

3. Boli sistemice severe ce limitează activitatea; dar nu incapacitante.

4. Boli sistemice incapacitante ameninţătoare de viaţă.

5. Muribund. Nu se aşteaptă o supravieţuire de 24 h nici chiar după operaţie.

În toate foile standard de anestezie vei observa un spaţiu liber în care se înscrie numărul corespunzător clasificării ASA. Acesta reprezintă un index al sănătăţii în momentul intrării în operaţie. Prefixul E este utilizat în urgenţe.

Premedicaţia

Pacientul trebuie prevenit asupra a ceea ce va urma să i se facă, unde se va trezi şi cum se va simţi. Premedicaţia are rolul să înlăture anxietatea şi să ajute anestezia prin diminuarea secreţiilor (mai puţin important atunci când se foloseşte eterul), producerea amneziei şi scăderea tonusului vagal. *Premedicaţia* se administrează cu 2 h înainte de intervenţie în cazul medicaţiei orale şi 1h înainte în cazul celei IM.

Exemple (pentru un pacient de 70 kg)

- Lorazepam 2-3 mg PO.
- Temazepam 10-20 mg PO.
- Diazepam 5-20 mg PO.

Unii anestezişti folosesc încă premedicaţia tradiţională administrată IM. Exemple:

- Morfină 10 mg IM şi atropină 0,6 mg IM.
- Petidină 50 mg IM şi prometazină 25 mg IM.
- Papaverină 15,4 mg (= 1ml, 15,4 mg/ml pe fiolă) cu 0,4 mg hioscină hidrobromid IM. Se pot combina în seringă. Evită termenul "Om şi Scop" care implică Omnopon® (acum denumit papaverină) asociat cu hioscină hidrobromid (=scopolamină hidrobromid). Noscapina (implicată în apariţia poliploidiei la femeile aflate în perioada fertilă) nu este conţinută în papaverina fabricată din 1993 şi până în prezent.

Exemple pentru copii:

- Trimeprazină 2 mg/kg ca sirop.
- Întotdeauna alege, ca primă variantă, o premedicaţie orală. Copiii peste 1 an: dacă este nevoie de administrare IM atunci recurge la petidină 0,5-2 mg/kg sau morfină 0,15 mg/kg.
- Crema anestezică locală Emla®, aplicată în cel puţin 2 locuri, poate fi folosită pentru accesul IV şi în acelaşi timp ca premedicaţie.

Premedicaţia specifică

- Antibiotice.
- Bronhodilatatoare, de exemplu Salbutamol spray.
- Plasturi cu nitriţi, de exemplu Transiderm Nitro®.
- Steroizi, de exemplu în intervenţii minore se fac 100mg hidrocortizon IM cu 1h preoperator şi la 6h postoperator. În intervenţiile chirurgicale mari, se dau câte 100mg la fiecare 6h IM. În caz de o eventuală insuficienţă suprarenaliană sau o operaţie pentru aceasta consideră terapia steroidiană pentru mai mult de 2 săptămâni înaintea operaţiei; la fel pentru o terapie steroidiană pe o perioadă de cel puţin 1 lună în anul precedent operaţiei.

Motive pentru anularea intervenţiei

- Răceală sau boală virală recentă.
- Infarct miocardic recent (mortalitate semnificativ crescută dacă se utilizează anestezia generală în primele 6 luni – se presupune a se corela cu gradul de insuficienţă cardiacă).

- Pacientul pregătit insuficient.
- U&E necorespunzători (în special K^+); anemie.
- Pacientul nu se află în condiţii optime -de exemplu, controlul insuficient al terapiei medicamentoase (digoxină, tiroxină, fenitoină); exacerbarea bolii.
- Hipertensiune nediagnosticată şi netratată.

Echipament

Verificarea atentă a echipamentului este vitală înaintea oricărei anestezii sau proceduri de sedare. Cele mai importante lucruri de verificat sunt:

- Să se poată face înclinarea patului sau a căruciorului cu care este dus pacientul (în caz de vomă, pentru a preveni aspiraţia).
- Volumul mare de adsorbţie cu un Yankaeur rigid, şi sonde lungi de adsorbţie.
- Sacul auto-inflamabil cu rezervor de oxigen: valvă unidirecţională şi mască potrivită (un sistem "sac-valvă-mască").
- Căile aeriene orofaringiene şi nazofaringiene.
- Masca facială anatomică fixabilă prin hamuri.
- Tuburile de intubaţie orotraheală (adecvate) şi prelungitoarele.
- Circuitul anestezic.
- Laringoscopul cu lungimea lamei adecvată şi baterii de rezervă.
- Cateterele intravenoase şi lichidele de perfuzie.
- Anestezicele, medicamentele de urgenţă şi gazele anestezice.
- Defibrilatorul.
- Echipamentul de monitorizare (poate conţine puls-oximetru şi dozator al saturaţiei de CO_2, p. 872).

Agenţi anestezici inhalatori

Sunt vapori care în concentraţii de uz clinic ajută la menţinerea anesteziei şi scăderea stării de conştienţă. În Marea Britanie sunt în general adăugate la gaz proaspăt, prin înlocuirea unei fracţiuni din gazul transportor (de obicei N_2O/O_2) la nivelul unui vaporizator (în care încărcarea cu vapori anestezici nu depinde de efortul respirator al pacientului – aşa cum este în sistemul "draw over" ("inhalează după").

Halotanul. Acest gaz are un efect analgezic slab. Scade debitul cardiac (creşte tonusul vagal, induce bradicardie, vasodilataţie şi hipotensiune). Creşte sensibilitatea miocardului la catecolamine (atenţie la pacienţii cu aritmii; infiltraţie cu anestezic local şi adrenalină). Este bronhodilatator aşa încât este util în caz de bronhospasm. Relaxează musculatura uterină în timpul anesteziei profunde şi poate duce la hemoragii în post-partum (în timpul operaţiei cezariene se foloseşte o concentraţie doar de 0,5%). Există două complicaţii rare, hipertermia malignă şi hepatita.

► Nu folosi halotanul de două ori într-o perioadă de 6 luni la acelaşi pacient.

Enfluran. Este similar cu halotanul, dar este mai puţin potent. Evită-l la epileptici (s-a observat un traseu EEG de tip epileptiform în timpul anesteziei). Nu creşte sensibilitatea cordului la catecolamine în aceeaşi măsură ca halotanul.

Isofluranul. Acesta este un izomer al enfluranului. Teoretic, inducţia ar trebui să fie rapidă, dar isofluranul este iritant, producând tuse, laringospasm sau apnee în timpul anesteziei.

Oprirea anestezicului, apariţia efectelor secundare determină dispariţia acestora – cu excepţia hepatitei care apare doar prin metabolizarea agentului inhalator.

Anestezicul IV ideal

Agentul IV ideal trebuie să fie stabil în soluţie, să fie solubil în apă şi să aibă un timp de conservare lung. Trebuie să nu fie dureros la administrarea IV; să nu fie iritant dacă este injectat extravascular (cu o incidenţă scăzută a trombozei) şi dureros dacă este administrat intraarterial (pentru avertizare).

- Trebuie să acţioneze rapid.
- Revenirea trebuie să se facă rapid şi complet fără ca bolnavul să se simtă ameţit.
- Să nu provoace fenomene excitatorii.
- Să aibă, eventual, şi proprietăţi analgezice.
- Efectele respiratorii şi cardio-vasculare trebuie să fie minime.
- Să nu interacţioneze cu alţi agenţi anestezici.
- Să nu producă reacţii de hipersensibilizare.
- Să nu dea fenomene postoperatorii ca greaţă sau halucinaţii.

Acest medicament ideal nu există.

Anestezice intravenoase: tiopentan sodic

Tiopentanul sodic (t 1/2 =11h). Atunci când este amestecat cu apa pentru a obţine o soluţie 2,5%, amestecul rămâne stabil pentru 24-48 h, aşa încât trebuie preparat zilnic. Are o declanşare rapidă a acţiunii (timpul circulator braţ-creier este de aprox. 30 s). Efectul dispare după 3-8 min. Trezirea se face în mare măsură prin redistribuţie, nu prin metabolizare. Aproximativ 30% din doza injectată se mai găseşte încă în organism după 24 h, provocând o stare confuzională. Pacientul nu trebuie să conducă, sau să execute operaţii de precizie în primele 24 de ore.

Doze: de exemplu 4-6ml din soluţia 2,5% (3-5 mg/kg, dar mai puţin la vârstnici şi la cei cu premedicaţie, şi mai mult la copii, care în genere necesită 6-7 mg/kg, dar unii copii necesită mult mai puţin, de exemplu 2 mg/kg). Dozele administrate succesiv sunt cumulative. Ţine cont că tiopentanul interacţionează cu alte medicamente, de exemplu creşte doza la cei care consumă mult alcool.

Indicaţii: inducerea anesteziei generale; este un anticonvulsivant potent.

Contraindicaţii: Obstrucţie de căi aeriene. Alergie la barbiturice.

- Stări cu debit cardiac fix.
- Hipovolemie/şoc.
- Porfirie.

► Probleme: Injectarea intraarterială produce durere şi pierderea culorii tegumentului mâinii/membrului sub nivelul de injectare datorită spasmului arterial, urmată de leziuni ischemice şi gangrenă -de obicei după puncţionarea nedorită a arterei brahiale la nivelul plicii cotului.

Tratament 1. Lăsă acul în arteră şi injectează un alfa-blocant, de exemplu talazolină (5 ml soluţie 1%, sau procaină hidroclorid 10-20 ml de soluţie 0,5%). *2.* Execută, sau roagă un coleg cu mai multă experienţă să execute, un blocaj la nivelul plexului brahial sau al ganglionului stelat (aceste manevre ar trebui să dilate vasele şi să reducă ischemia). *3.* Administrează heparină IV pentru a opri formarea de trombusuri. *4.* Administrează analgezic pentru îndepărtarea durerii. *5.* Amână operaţia chirurgicală dacă situaţia nu este disperată.

Injectarea extravasculară produce durere severă şi necroză tisulară locală. Infiltrează cu hialuronidază 1500 u.i.

Alte anestezice IV (vezi p. 872)

Metohexitone (t 1/2=5h). Acest barbituric este asemănător cu tiopentanul dar amestecul cu apa are un timp de păstrare de 6 săptămâni. *Doză:* 1 mg/kg la un ritm de 2 mg/s. Deseori produce durere şi mişcări involuntare în timpul injectării. Recuperarea şi metabolizarea sunt mai rapide decât ale tiopentanului, deci este mai pretabil în cazul pacienţilor "de-o zi". Contraindicaţiile sunt aceleaşi ca şi pentru tiopentan, dar în plus nu poate fi folosit la epileptici, putând declanşa crize.

Etomidate (t 1/2=3,5 h). Este un compus imidazolic carboxilat. *Doză:* 0,1-0,3 mg/kg. Eliberarea histaminei nu reprezintă o trăsătură obligatorie, revenirea este rapidă şi conferă stabilitatea cardiovasculară; de asemenea se pretează la pacienţii chirurgicali "de-o zi", la vârstnici şi la cei cu un sistem cardiovascular afectat.

Ketamina. *Doză:* 0,5-2 mg/kg; t 1/2=2,2 h). Este un derivat fenciclidinic. Există o întârziere până la debutul somnului. Dă hipertonie şi salivaţie, dar există o întreţinere a reflexelor laringiene (nu te baza pe aceasta). Revenirea este lentă. Fenomenele imediate ce pot apărea sunt supărătoare (delir, halucinaţii, coşmaruri; toate se pot agrava dacă pacientul este deranjat în timpul revenirii). Debitul cardiac este neschimbat sau crescut. Este util în analgezia "de teren" sau "în câmp" deoarece poate fi administrat IM şi produce o analgezie profundă fără componentă de şoc. ▶De evitat la pacienţii hipertensivi, la cei cu antecedente de accidente vasculare cerebrale sau de hipertensiune intracraniană (poate produce o creştere tardivă a acesteia), la pacienţi cu leziuni recente penetrante la nivelul ochiului (risc de creştere a presiunii intraoculare) şi la cei psihiatrici. Evită infiltrarea cu adrenalină.

Propofol. Acest derivat fenolic se găseşte în uleiul de soia şi fosfatidele din ou. *Doză:* 2 mg/kg. Injectarea rapidă poate cauza hipotensiune. Acţionează şi este metabolizat rapid. Este util în chirurgia "de-o zi" (ambulatorie), în cazul procedurilor simple şi ca sedativ IV în ITU. *Contraindicaţii:* vârstele extreme; alergie la ouă.

Blocanţii neuromusculari

Acţionează pe receptorii port-sinaptici ai SNM (sinapsei neuro-musculare). Sunt două grupe principale:

1. Agenţii depolarizanţi, ca suxametoniu (=succinilcolină, Scoline®). Depolarizează membrana post-sinaptică, producând paralizie prin inhibarea polarităţii membranare normale. Sunt agonişti parţiali ai acetilcolinei şi produc iniţial fasciculaţii, eliberare de K^+ (atenţie în paraplegie şi arsuri!), mioglobină şi creatinkinază. 30% din pacienţi au dureri musculare postoperatorii. Suxametoniu este un agent ideal de intubare: are un debut rapid, o durată scurtă de acţiune (2-3 min) şi produce o relaxare bună. Notă: dacă este nevoie de o a doua doză, aceasta va trebui precedată de atropină, deoarece efectele vagale ale suxametoniului pot da o bradicardie accentuată (importantă la copii). Ai grijă la apneea dată de suxametoniu (Scoline®) (p. 872). Doza de suxametoniu: 0,6 mg/kg IV.

2. Agenţii nedepolarizanţi. Acţionează competitiv cu acetilcolina la nivelul joncţiunii neuro-musculare – dar fără să producă stimulare iniţială (vezi suxametoniu). Repetarea dozei se poate face fără administrarea prealabilă a atropinei. Acţiunea lor poate fi contracarată de agenţi anticolinesterazici (neostigmina). Ei sunt folosiţi în timpul anesteziei inhalatorii pentru a facilita IPPV (=ventilaţie cu presiune pozitivă intermitentă) şi intervenţia chirurgicală. Durata acţiunii şi efectele secundare vor influenţa alegerea anestezistului. Exemple de agenţi cu utilizarea cea mai frecventă:

Pancuronium. Durata de acţiune lungă (aprox. 1 oră), blocaj vagal şi acţiune simpatomimetică. Doza: 50-100 mg/kg IV apoi 10-20 mg/kg IV la nevoie.

Vecuronium. Durata de acţiune de 20-30 min; se utilizează atunci când stabilitatea cardiovasculară este sigură. Nu produce efecte blocante ganglionare. Doza: 80-100 μg/kg IV apoi 20-30 μg/kg IV la nevoie. Doza de început pentru copii ≤4 luni =10-20 μg/kg. După 5 luni se utilizează doza ca la adult, dar este posibil ca pentru intubaţie să nu fie nevoie de o doză prea mare.

Atracurium. Durată de acţiune aprox. 20 minute; produce descărcare de histamină, deci atenţie la astmatici. Metabolizarea se face prin eliminare Hoffman (desfacere moleculară spontană), aşa încât este drogul de primă alegere în caz de insuficienţă hepatică şi renală. Doza: 300-600 μg/kg IV, apoi 100-200 μg/kg IV la nevoie.

Realizarea practică a anesteziei: 1

Practicianul care administrează anestezicul este responsabil pentru pregătirea sălii, pentru funcţionarea adecvată a echipamentului existent în funcţie de necesităţi şi pentru propria sa competenţă în a se descurca cu eventualele complicaţii. Echipamentul trebuie verificat înainte, chiar dacă este vorba doar de o intervenţie minoră.

Toate camerele de anestezie trebuie tratate ca o biserică – respectă tot ceea ce este înăuntru, păstrează linişte în afară de discuţiile la obiect şi urmăreşte cursul anesteziei în funcţie de indicaţiile date de anestezistul şef. Anesteziştii se deosebesc de ceilalţi medici prin faptul că trebuie să-şi poarte bonetele, iar singura persoană care poate adormi este doar pacientul.

Inducţia. Se poate face cu gaze anestezice sau cu anestezice IV (este posibil şi IM cu ketamină).

Inducţia gazoasă:

- Începe cu protoxid de azot: oxigen în raport 60:40%. La copii, este mai puţin înspăimântător dacă anestezia se începe prin aplicarea mâinii anestezistului făcută căuş, în locul aplicării directe a măştii pe faţa copilului.
- Începe cu o introducere lentă şi atentă a agentului volatil cu doze crescânde 0,5-1% (creşterea rapidă a concentraţiei este neplăcută şi produce tuse şi posibil laringospasm).
- Monitorizează atent semnele vitale, deoarece timpul care se scurge de la starea agitată a copilului la flacciditatea şi apneea care apar în supradozaj este foarte scurt.
- Realizează abordul IV corespunzător.

Indicaţii pentru inducţia gazoasă:

- Orice pacient cu obstrucţie a căilor aeriene (de exemplu, un corp străin actual sau potenţial, o tumoră sau un abces).
- La cererea pacientului

Intravenoasă:

- Realizează abordul IV.
- O doză hipnotică, de exemplu de tiopentan, este injectată după o doză test de 2ml pentru a identifica eventuala poziţionare arterială a cateterului (p. 860).
- Atenţie! Stimularea înainte de anestezie s-a dovedit a avea consecinţe drastice (tuse, stopuri respiratorii, laringospasm). Ţine cont că şi zgomotul este tot un stimul.

Controlul căilor aeriene. Acesta este menţinut prin fixarea măştii pe faţă sau prin intubaţie (p. 870). Pentru a preveni obstrucţia căilor aeriene se utilizează ridicarea standard a bărbiei şi/sau manevrele de împingere a mandibulei. Controlul poate fi facilitat prin utilizarea unor prelungitoare aeriene (de exemplu, orofaringiene sau nasofaringiene). Inserţia accesoriilor aeriene poate produce vomă sau laringospasm.

Realizarea practică a anesteziei: 2

Intubaţia. Este necesară pentru protecţia căilor aeriene în: • Riscul de vomă/aspiraţie a conţinutului gastric (de exemplu, reflux esofagian, boală abdominală, traume majore, pacient insuficient pregătit, graviditate).

- Abordarea căilor aeriene dificile.
- Chirurgia capului şi gâtului unde masca obstrucţionează câmpul operator.
- În chirurgia ce necesită miorelaxare, de exemplu chirurgia abdominală.

► Pacienţii paralizaţi medicamentos nu pot respira – aşa încât necesită ventilare.

Intubaţia necesită o bună relaxare musculară obţinută prin:

- Anestezie profundă la pacienţii cu respiraţie spontană.
- Utilizarea unor miorelaxanţi cu durată scurtă/lungă de acţiune.

Cu durată scurtă: (Suxametoniu 0,6 mg/kg IV). Indicaţii:

- Dacă există risc crescut de vomă • Atunci când dificultăţile la intubaţie pot fi anticipate.
- Dacă se intenţionează să se lase pacientul să respire spontan prin sonda endotraheală.

Cu durată lungă: sunt multe posibilităţi, de exemplu vecuronium 0,1 mg/kg IV. Necesită un timp mai lung pentru instalarea unor condiţii propice pentru intubare; cel puţin 20 min. Până la reluarea respiraţiei, deci dacă există vreun dubiu în ceea ce priveşte posibilitatea de a menţine libere căile aeriene ale pacientului, foloseşte un miorelaxant cu durată scurtă de acţiune (sau nici unul).

Faza de inducţie rapidă. Se foloseşte atunci când există un risc crescut de apariţie a vomei (de exemplu, pacient pregătit insuficient preoperator, graviditate >15 săptămâni de gestaţie, hernie hiatală).

- Preoxigenează cu O_2 100% pentru 3 minute, în scopul de a forma un rezervor de O_2 în plămâni pentru perioada apneei induse.
- Presează cricoidul în timpul inducţiei (apăsarea posterioară fermă a cartilajului cricoid închide esofagul şi poate opri refluxul gastric în laringe).
- Imediat după intubaţie se administrează miorelaxantul cu acţiune scurtă. Se intubează traheea şi se umflă manşeta sondei de intubaţie.
- Odată ce sonda de intubaţie a fost poziţionată corect, presiunea pe cricoid poate înceta şi se poate adăuga agentul volatil pentru menţinerea anesteziei.

Menţinerea anesteziei

1. Adaugă agentul volatil la mixtura N_2O/O_2 ca mai sus. Pacientul este pe respiraţie spontană sau ventilaţie, cu sau fără opiacee. Dacă pacientul este ventilat se utilizează, în general, miorelaxarea musculară.

2. În cazul utilizării dozelor mari de opiacee se foloseşte ventilaţia mecanică.

3. Anestezie IV, de exemplu, propofol, cu sau fără opiacee.

Indiferent de tehnica ce se adoptă, doza şi concentraţiile fiecărui agent utilizat se ajustează în concordanţă cu nivelul anesteziei obţinute şi nu cu nivelul dorit. (Acesta se determină prin monitorizarea semnelor vitale – de ex, puls, TA, semne de stimulare simpatică precum transpiraţia, midriaza, lăcrimarea etc).

Sfârşitul anesteziei:

- Modifică compoziţia gazelor administrînd numai O_2 100%.
- Întrerupe orice administrare de drog anestezic.
- Refă contractilitatea musculară cu neostigmină (doză 2,5 mg la adulţi) + un drog anticolinergic pentru a preveni efectele secundare muscarinice ale neostigminei (bradicardie, salivaţie), de exemplu atropină 1,2 mg IV (sau glicopironium).
- Odată reluată respiraţia spontană, aşează pacientul într-o poziţie convenabilă (p. 894). Înainte ca sonda de intubaţie endotraheală să fie îndepărtată, gura şi orofaringele trebuie curăţate sub observaţie directă.
- Administrează O_2 pe mască.
- **Dacă nu este nici o problemă, transferă pacientul în camera de trezire, dar fii pregătit să reevaluezi pacientul în orice clipă.**

Tehnica intubaţiei

Importantă este pregătirea pacientului. Întotdeauna evaluează preoperator mobilitatea gâtului (artrite, spondilită ankilopoietică, gută etc.). Fii atent la obezi, la cei cu gâtul scurt şi la cei cu intruzia mandibulei dar cu dinţii protruzionaţi!

- Dimensiunile sondei de intubaţie (diametru intern, DI în mm): 9,0 la adulţi, bărbaţi, 8,0 la femei.

Copii: DI = (vârsta în ani/4) + 4,5 mm (nou-născut = 3-3,5 mm)
Lungimea (oral) = (vârsta/2) + 12,5 cm.
Lungimea (nazal) = (vârsta/2) + 14,5 cm.

- Unge sonda şi verifică manşeta precum şi funcţionalitatea laringoscopului.
- Poziţionează pacientul cu gâtul flexat şi capul în extensie cu ajutorul unei perne.
- Ţine laringoscopul cu mâna stângă şi deschide-i gura cu dreapta.
- Lasă să alunece lama laringoscopului în jos pe partea dreaptă a limbii în valeculă (aria dintre limbă şi epiglotă), protejând dinţii şi buzele cu degetele mâinii drepte.
- Ridică lama laringoscopului în sus şi înainte. NU sprijini lama de dinţi fiindcă îi poţi sparge.
- Ridică epiglota la vedere în aşa fel încât corzile să devină vizibile. Când devin vizibile introdu tubul cu mâna dreaptă.
- Odată ce manşeta sondei se va găsi sub corzile vocale, îndepărtează laringoscopul; roagă asistenta să umfle manşeta pentru a preveni pierderea de aer.
- Ataşează sonda la circuit. Umflă plămânii încet. Urmăreşte mişcarea pieptului. Se mişcă ambele părţi egal? Se mişcă cumva abdomenul şi nu pieptul?
- Ascultă ambele arii pulmonare. Aerul care intră trebuie să fie egal. Fixează sonda la mandibulă cu tifon sau cu o bandă adezivă.
- Capnografia confirmă plasarea corectă a sondei. NB: detectorul de CO_2 (FEF,) utilizează un indicator chimic de pH (metacresol) care determiă prezenţa CO_2 în gazele expirate. Culoarea variază de la mov la galben cu inspiraţia şi, respectiv, expiraţia. Movul indică o concentraţie de $CO_2 < 0,5\%$; gălbui aprox. 0,5-2%; galben aprox. 2-5%. Mecanismul schimbării ciclice a culorii poate fi utilizat pentru a deosebi o intubaţie esofagiană de una trahealǎ – contaminarea cu suc gastric produce o colorare permanentă în portocaliu care poate fi interpretată eronat. De asemenea, dacă pacientul a fost resuscitat cu lignocaină sau adrenalină administrate pe sonda endotraheală (p. 365, vezi şi MMC, p. 724) va apărea o colorare permanentă în galben. Dispozitivul funcţionează pentru aprox. 2 h, apoi trebuie schimbat[1].

► Ţine minte: *dacă ai dubii, scoate tubul afară.* Este mult mai sigur să reintubezi decât să rişti să laşi sonda trahealǎ în esofag şi să umfli stomacul. Sonda poate aluneca în jos pe o bronhie principală (de obicei cea dreaptă). În acest caz scoate parţial sonda până ce ambele jumătăţi ale pieptului se vor mişca egal şi deci aerul va intra egal în ambii plămâni (altfel există riscul de colabare a plămânului neventilat sau de pneumotorax de partea supraventilată).

Dacă ai probleme cu intubaţia: ▶ Oxigenarea adecvată este prima prioritate.

- Cere ajutor.
- Intubaţia nazală oarbă sau cu fibre optice este apanajul celor bine instruiţi.
- Dacă ai nevoie de o nouă doză de suxametoniu, administrează întâi atropină, pentru a preveni bradicardia.
- Ia în calcul masca laringeală. Aceasta constă într-o sondă cu o manşetă adaptabilă să stea deasupra laringelui şi să-l etanşeizeze. Manşeta are o capacitate de 30 ml de aer. Este mult mai eficientă decât ventilaţia pe mască, de exemplu în cazul unei artrite, înlătură necesitatea de extensie a gâtului utilizată în ventilaţia pe mască facială. În timpul utilizării acesteia poate fi necesară aspiraţia nazogastrică.

---

[1] J Muir & M Hayes, 1990, *BMJ*, ii 4-2

Monitorizarea în timpul anesteziei

Se începe odată cu inducţia anesteziei şi se continuă pe tot parcursul acesteia.

Culoarea. Idealul este un pacient cald, roz şi bine perfuzat.

Aspectul general. Transpiraţia şi lacrimaţia indică invariabil că ceva nu este în regulă.

Respiraţia. Frecvenţa, amplitudinea, intensitatea. Dacă este inadecvată apelează la IPPV.

Presiunea arterială. Pentru procedurile lungi utilizează un sfigmimanometru, eventual intra-arterial.

Temperatura. Este importantă în special la copii. (Expunerea unei suprafeţe mari din corp poate induce hipotermie.) Un mediu cald, pături călduroase şi lichidele perfuzabile încălzite au un rol important în acest caz.

Puls-oximetria. Calculează pulsul şi saturaţia arterială în O_2, dar nu renunţa la controlul manual al pulsului.

ECG. Afişează frecvenţa, aritmiile şi poate detecta ischemia.

PVC. Ajută la diferenţierea hipovolemiei de o scădere a funcţiei cardiace. Este nevoie de ea atunci când se anticipează pierderi mari de sânge sau la pacienţii instabili.

Capnografia şi analiza gazelor inspirate sunt posibile şi accesibile azi. O legare finală scăzută a CO_2 va avertiza asupra unei poziţionări incorecte a sondei endotraheale.

Complicaţiile anesteziei

Laringospasmul. Corzile vocale sunt închise ferm. Se tratează cu O_2 100%. Ventilează. Poate fi necesar să induci paralizie şi să intubezi.

Bronhospasmul. Asigură oxigenarea. Dacă este intubat, verifică poziţia sondei (stimularea bifurcaţiei traheale este o cauză frecventă de bronhospasm – retrage tubul încet). Verifică apariţia unui eventual pneumotorax. Creşte concentraţia agentului volatil dacă acesta este "slab". Administrează salbutamol 250 µg IV, aminofilină (p. 320) + hiperventilaţie cu O_2 100%. Dacă persistă, adaugă hidrocortizon 100 mg IV şi consideră adrenalina (1-10 ml din diluţia 1:10 000, IV).

Apneea dată de Scoline®. Paralizia musculară prelungită apare la cei cu colinesterază plasmatică anormală. Tratamentul constă în ventilaţie până la dispariţia paraliziei: apoi investighează pacientul şi familia sa.

Anafilaxia. Poate apărea la orice medicament sau lichid perfuzabil: vezi p. 357.

Hipertermia malignă. Nu este frecventă, apare la cei cu o predispoziţie autosomal dominantă (s-a identificat o posibilă genă de pe cromozomul 19)[1]. O creştere rapidă a temperaturii corpului (> 2°C/h) poate fi produsă de multe medicamente; în special de halotan şi suxametoniu. Spasmul maseterilor (după suxametoniu) poate fi primul semn, urmat de tahicardie, apariţia de macule, hiperventilaţie, hiperkaliemie, aritmii, hipoxemie şi acidoză.

Tratament:

- Opreşte anestezicul şi operaţia; hiperventilează cu O_2.
- Răceşte pacientul (pungi cu gheaţă, perfuzii IV reci etc).
- Administrează Dantrolene 2 mg/kg/min până la maxim 10 mg/kg IV.
- Corectează acidoza cu bicarbonat de sodiu.
- Tratează hiperkaliemia (MMC, p. 382; copii p. 332 MMCS).
- Stimulează diureza. Administrează steroizi, de exemplu hidrocortizon 100 mg IV.

Caracterizează fenotipic rudele folosind răspunsul bioptic muscular la halotan şi cafeină[1].

---

[1] F Fellis 1992, *BMJ* i 791

Sedarea

Definiţie: Sedarea este o reducere indusă a nivelului conştienţei, în timpul căreia contactul verbal cu pacientul este menţinut.

Doctorii, de orice specialitate, pot fi nevoiţi să administreze sedative. Doctorul ce prescrie sedative nu trebuie să aibă responsabilitatea şi a procedurilor pentru care se face sedarea (cum ar fi manipularea unei articulaţii dislocate). Singura sa responsabilitate este să asigure o sedare adecvată şi să urmărească permeabilitatea căilor aeriene, respiraţia şi circulaţia. Sedarea nu reprezintă o procedură mai simplă astfel încât să poată fi evitată anestezia şi nici nu scuteşte pacientul de un oarecare post alimentar sau o pregătire corespunzătoare.

După sedare este uşor să se instituie anestezia generală, riscurile rămânând aceleaşi (vezi p. 872). Pierderea "reflexului palpebral" (atingerea uşoară a genei superioare pentru a produce clipitul) este un semn bun pentru debutul anesteziei generale.

Agenţi

- Diazepam (ca emulsie = Diazemuls®): doza iniţială la adult 2,5-10 mg IV.
- Midazolam: 0,1 mg/kg. Doza iniţială la adult 2 mg IV (1 mg la bătrâni). Apoi, la nevoie încă 0,5-1 mg IV, după 2 minute. Doza uzuală: 2,5-7 mg (bătrâni 1-2 mg). În anumite circumstanţe (de ex. manipularea unei articulaţii mari; schimbarea dureroasă a bandajelor) se poate utiliza în plus şi o analgezie narcotică (de ex. morfină 1-2 mg IV).

Revenirea din anestezie

- Se administrează pe mască O_2 40%, timp de >15 min pentru a preveni "hipoxia de difuzie" – adică, oxidul nitric părăseşte sângele mai rapid decât intră azotul din aerul inspirat în sânge, ceea ce duce la diluţia marcată a cantităţii de oxigen disponibilă ţesuturilor.
- Monitorizează pulsul şi tensiunea arterială. Menţine temperatura pacientului.
- Observă dacă pacientul este hipoventilat (revenire anormală? – verifică prin stimulare nervoasă; narcoză – inactivarea opiaceelor cu naloxonă; verifică permeabilitatea căilor aeriene care pot fi obstruate, de ex. o sângerare amigdaliană). Asigură o analgezie adecvată şi antiemetice.
- Restabileşte conştienţa totală a pacientului doar atunci când eşti mulţumit de starea sistemului cardiovascular, a celui respirator şi ai asigurat o analgezie adecvată.
- Dă instrucţiuni clare asupra regimului post-operator al lichidelor, transfuziilor, oxigenoterapiei, analgeziei şi fizioterapiei.

Anestezia locală

Se poate utiliza singură sau ca o suplimentare a anesteziei generale, scopul urmărit fiind prevenirea sau reducerea conducerii impulsului nervos dureros la centrii superiori (via talamus), unde se face percepţia. (Acţiunea se exercită prin efectul de stabilizare a membranei, scăderea permeabilităţii membranei pentru sodiu şi deci blocarea propagării impulsului.)

Tipuri de anestezie locală (LA). *Amide:*

1. Lignocaină t 1/2=2 h. Doza maximă la adultul sănătos = 200 mg (500 mg cu adrenalină, dar cu prudenţă).

2. Prilocaină t 1/2=2 h. Debut moderat. Doza este de 3-5 mg/kg (400 mg este doza maximă la adulţi; 600 mg se poate folosi doar cu felipresin). Toxicitate foarte scăzută, deci este drogul de elecţie pentru blocajul Bier (anestezia regională IV).

3. Bupivacaină t 1/2=3 h. Debut încet şi durată de acţiune prelungită. Doza maximă 2 mg/kg. Este contraindicată în anestezia regională IV (blocajul Bier).

Notă: Soluţie 0,5%=5 mg/ml. Soluţie 1%=10 mg/ml. Deci pentru un om de 70 kg doza maximă de lignocaină este 20ml soluţie 1% sau 10ml soluţie 2%. NB: Injectarea lignocainei este mai puţin dureroasă dacă este *încălzită* în prealabil.

Unele preparate comerciale conţin adrenalină – acestea se vor folosi cu prudenţă, deoarece efectele sistemice ale adrenalinei pot creşte riscurile anestezice.

► *Adrenalina este ABSOLUT contraindicată în anestezia locală peniană şi digitală, precum şi în jurul nasului şi urechilor* (ischemia produsă poate genera gangrenă).

Esteri (rar folosiţi azi)

1. Cocaină. Toxicitate foarte mare. Durată de acţiune scurtă. Utilizată sub formă de pastă la pregătirea anesteziei şi pentru vasoconstricţia iniţială pentru intubarea nazală sau chirurgia nazală.

2. Amethocaina t 1/2=1 h. Debut lent. Toxicitate mare. Se foloseşte sub formă de tablete pentru anestezia bucală. Picături pentru anestezia locală oculară. Ochiul trebuie acoperit cu un tampon în timpul anesteziei.

Toxicitatea. Se produce prin supradozare, absorbţie prea rapidă sau injectare directă IV.

Caracteristici clinice ale toxicităţii: furnicături periorale; limbă amorţită; anxietate; ameţeli; tinnitus; convulsii; apnee; colaps; depresie miocardică directă; comă.

Tratament: oxigenarea adecvată.

Hipotensiune: iniţial încearcă administrarea de lichide IV, apoi ia în considerare efedrină 5-30 mg.

Convulsii: benzodiazepine, de ex. Diazemuls® 2,5-5 mg IV în bolus.

Colaps cardiovascular: resuscitare completă, adică intubaţie, adrenalină/atropină, masaj cardiac dacă este nevoie.

11. Anestezia

Anestezia locală

Anafilaxia (p. 357). Apare mai frecvent la esteri, dar poate apărea şi la amide. O testare prealabilă cu 2 ml de doză test poate detecta eventualele reacţii alergice şi ne poate avertiza asupra unei injectări intravasculare necorespunzătoare.

► Toate tehnicile de anestezie regională necesită aceleaşi facilităţi, echipament şi atenţie ca şi anestezia generală.

Anestezia locală: tehnici (▶ Pentru blocajul Bier: vezi p. 792).

▶ Explică procedura pacientului – cooperarea sa ajută.

1. *Infiltrația.* Utilizează un ac subțire. Agentul cel mai frecvent folosit este lignocaină 0,5%. Aspirarea frecventă este importantă. Ține minte: după injectarea inițială, doza ulterioară va fi mai puțin dureroasă.

2. *Anestezia topică.* Pentru mucoasa bucală sau ochi se folosește ametocaină. Lignocaina 4% spray pentru corzi vocale, înainte de intubație (nu se administrează nimic pe gură 4 h pentru a preveni aspirația).

3. *Blocajul nervos.* Lignocaină 1-2%, prilocaină 0,5% sau bupivacaină 0,5%. Utilizarea unui stimulator nervos crește rata succeselor.

Blocajul nervului femural. Injectarea directă sau pe cateter plasat în teaca femuralului. Este util pentru fracturile femurale.

- Evidențiază ligamentul inghinal (de la tuberculul pubic la spina iliacă antero-superioară). Palpează și marchează artera femurală.
- Introdu un ac cu bizoul scurt (izolat electric dacă se utilizează și stimulatorul nervos) la 1 cm lateral de arteră, chiar sub ligament. La traversarea pielii se simte un "clic" care se simte din nou la traversarea fasciei lata. Găsește poziția fie prin obținerea paresteziei, fie cu ajutorul stimulatorului nervos.
- Întâi aspiră, apoi injectează, de ex. 30-40 ml de prilocaină 0,5%.

Anestezia spinală

- Introdu cateterul IV și perfuzează 300-500 ml de soluție cristaloidă. Verifică tensiunea arterială.
- Așează pacientul în decubit lateral. Spală-te pe mîini ca pentru intervenții chirurgicale; folosește halat și mănuși; pregătește spatele pacientului.
- Infiltrează pielea cu 1-2 ml de lignocaină 1%.
- Introdu un ac spinal 22-25 G în spațiul L 3/4. Curgerea liberă a LCR confirmă plasarea corectă. Rotește acul cu 180° pentru a fi sigur că întreg bizoul se află intrarahidian (evită blocajul peridural).
- Injectează 1-3 ml de Mercain Heavy® 0,5% (bupivacaină + dextroză, o soluție hiperbarică ce cade prin gravitate). Aceasta permite ca nivelul de anestezie să poată fi variat prin modificarea posturii). Notă – în timpul graviditătii este necesară o doză mai mică.
- Așează pacientul corespunzător pentru a obține o anestezie joasă, înaltă sau unilaterală.
- Monitorizează tensiunea arterială. Dacă scade, administrează soluții cristaloide ± vasopresoare (de ex. efedrină 5-30 mg IV).

Este de dorit o concentrație totală mică de drog – altfel se produce o blocare simpatică (vasodilatație, hipotensiune); blocaj senzitiv (amorțeală); și în final blocaj motor (reducerea sau absența puterii în membrul inferior).

Contraindicațiile anesteziei spinale sau epidurale

- Stări de coagulabilitate redusă (risc de sângerare).

- Stări septice locale (risc de contaminare a LCR).
- Şoc sau stare hipovolemică (reducerea efectivă a volumului circulant până la vasodilataţie).
- Stări cu debit cardiac fix (de ex., stenoză mitrală, stenoză aortică).
- Boli neurologice – manevra poate fi răspunzătoare de trecerea la boală activă, acută.

Anestezia extradurală (epidurală). Introducerea unui cateter permite prelungirea timpului de instilaţie a LA şi/sau opiaceelor. Sunt necesare cantităţi (volume) mai mari de LA decât în anestezia spinală. Localizarea cea mai frecventă este cea lombară, dar este posibilă şi cervical/toracic (necesită o îndemânare mai mare).

- Se poziţionează pacientul în şezut sau decubit lateral stâng. Ia tensiunea arterială. Perfuzează 300-500 ml de soluţie cristaloidă.
- Tehnica trebuie să fie aseptică.
- Cel mai frecvent la nivel L 3/4. Infiltrează cu 1-2 ml de lignocaină 0,5%.
- Introdu un ac Touhy 18G până vei simţi opoziţia fermă a ligamentului galben (aprox. 2-3 cm).
- Tehnica "pierderii rezistenţei" te va ajuta să găseşti spaţiul epidural: 10 ml de ser fiziologic sunt dificil de injectat prin acul Touhy atâta timp cât se află în grosimea ligamentului, dar odată scăpat în spaţiul epidural, injectarea se va face uşor.
- Direcţionează cateterul epidural fin şi ascuţit, retrage acul şi plasează cateterul astfel încât să depăşească acul cu 2 cm.
- Fă testul de aspiraţie cu 2 ml soluţie. Aşteaptă 3 min.
- Injectează doza necesară, de ex. 10 ml soluţie 0,25% bupivacaină simplă.
- Fixează cateterul.
- Monitorizează tensiunea arterială la fiecare 5 min timp de 15 min (are debut mai lent decât cea spinală, de aceea hipotensiunea poate apărea mai tardiv).

Complicaţiile anesteziei peridurale:

- Puncţionarea durei. Scurgerea LCR poate să nu fie evidentă, de unde importanţa dozei test (testele de siguranţă pentru glucoză vor fi pozitive dacă este prezent LCR). Instilează 1 litru de ser fiziologic/24 h prin filtrul epidural. Administrează lichide PO. Acordă o îngrijire atentă. Prescrie analgezice pentru durerile de cap, laxative pentru a preveni constipaţia şi efortul de defecaţie. Pot fi necesare comprese la locul de puncţie. Informează un medic specialist.
- Puncţionarea sau injectarea într-un vas. Administrează oxigen, perfuzii, droguri presoare, atropină în caz de bradicardie (datorită blocajului simpatic al funcţiei cardiace la nivel T2-4).

- Hipoventilaţia. Apare datorită blocajului motor al intercostalilor. Poate necesita sau nu controlul ventilaţiei.
- "Spinalizarea totală" – adică injectarea unei doze mari, epidurale, în LCR. Hipotensiune marcată. Apnee. Pierderea conştienţei. Tratament: IPPV. Tratează hipotensiunea. Moartea poate să se instaleze prin asfixie dacă tratamentul nu este prompt.

Anestezia caudală (epidurală sacrată)

- Decubit lateral stâng.
- Palpează hiatusul sacrat (aprox. 4-5 cm mai sus de vârful coccisului).
- Introdu perpendicular pe piele un ac 18 G prin membrana sacrococcigiană în canalul sacrat.
- Aspiră, apoi injectează până la 20 ml de soluţie 0,5% de bupivacaină, la adult.
- Dacă injectarea se face dificil (normal ar trebui să nu fie nici o rezistenţă) sau apare o umflătură, înseamnă că acul este poziţionat greşit – aşa că **opreşte-te!** Retrage acul şi începe din nou.

Indicaţii:

- Obţinerea anesteziei regiunii sacrate.
- Folositoare, de exemplu, în chirurgia scrotală, forceps de cavitate inferioară, hernii sau hemoroizi.

Durerea

Tratamentul durerii este vital: el influenţează încrederea pacientului, somnul şi refacerea acestuia. Ajută fizioterapia (tusea şi mobilitatea), previne infecţiile pulmonare şi modificările trofice, de ex. escarele de decubit.

Durerea amplifică hipo/hiperventilaţia, hipertensiunea şi tahicardia.

Metode de analgezie (vezi MMC, p. 90 şi MMC, p. 766).

1. *Oral:* de exemplu paracetamol 0,5-1 g/6 h. Antiinflamatorii nesteroidiene (AINS), de ex., Diclofenac 50 mg/6 h (nu uita de pericolul hemoragiilor GI şi administrează ranitidină sau misoprostol; foloseşte-le cu prudenţă în astm). Opioide, de exemplu morfină sulfat retard (de ex. MST-30® sau MST-100®/12 h PO). Cele mai multe opiacee au o absorbţie GI redusă.

2. *Sublingual:* buprenorphina (opiaceu sintetic; medicament "controlat"): 0,4 mg/6 h sublingual.

3. *Inhalator:* de exemplu N_2O/O_2 (Entonox®), pentru durerile chinuitoare, schimbarea pansamentelor, fizioterapie.

4. *Intramuscular:* morfină 0,2 mg/kg IM. Petidină 25-100 mg IM poate fi o alternativă. (Doze pentru adulţi sănătoşi.)

5. *Intravenos:* în bolus sau în perfuzie continuă. Opiacee (ca mai sus). Sistemul Analgezic Controlat de Pacient (PCAS): reglarea infuziei de opiacee se face de către pacient. Nu uita să programezi doza limită maximă!

6. *Anestezia regională:* p. 878. Epidural (opiacee, sau LA, în bolus sau perfuzie continuă). Tehnici numeroase (nervi intercostali, plex brahial, blocajul nervului femural). Ablaţia plexului celiac cu alcool poate furniza 6 luni "fără durere" în cazul carcinomului GI.

7. *Electric:* stimulare transcutanată nervoasă (TNS) vezi p. 126.

Durerea cronică. • Steroizi epidural pentru durerea cronică de spate.

• Blocaj nervos: fie temporar (LA) fie permanent (neurolitice, ca alcool, fenol). Nervul trigemic, nervul spinal, blocajul autonom (de ex, ganglionul stelat, plexul celiac).

• Undele de radiofrecvenţă pot produce leziuni în sistemul nervos periferic, blocând conducerea.

• Hipnoza.

• Acupunctura.

12. Primul ajutor prespitalicesc

Traducere de Dr. **DANA MIHAI**

Accidentele şi prevenirea lor 886
Statistici despre accidente (Marea Britanie) 888
▶ Menţinerea funcţiilor vitale (MFV)^{ATLS} 890
▶ Manevra Heimlich 891
▶ Accidente rutiere
    Evaluare şi triaj 892
    Cum se face trierea^{ATLS} 893
    Echipamentul^{ATLS} 894
    Primul ajutor 894
    Îngrijirea prespitalicească: Accidente rutiere –2 896
Îngrijire prespitalicească: analgezia^{ATLS} 898
Îngrijire prespitalicească: comunicările 900
▶▶ Catastrofele 902
Transportul cu elicopterul 904
Scorul traumei^{ATLS} 906
Accidentele de scufundare 908
▶▶ Tromboliză la domiciliu? 910
Epilog 912

Pagini de interes în alte capitole:
Scala de comă Glasgow (p. 768); Scala comelor la copil (p. 300); Stopul cardio-respirator (p. 365& MMC, p. 724-5); înecul (p. 770); arsuri (p. 776); pneumotorax (MMC, p. 752); astmul (p. 318).

Definiţie *Primul ajutor* prespitalicesc reprezintă măsurile medicale de ajutor ce pot fi utilizate la locul accidentului sau în cazul unei urgenţe medicale, sau în timpul transportului către spital.

Istoric Baronul Dominique Larrey, chirurgul personal al lui Napoleon, a fost primul care a dezvoltat un sistem de ajutor la locul accidentului, inventând *ambulances volantes* ("ambulanţele zburătoare") şi a fost primul care a aplicat principiul triajului – clasificarea leziunilor după priorităţile terapeutice p. 892-93.

Notă Scopul acestui capitol nu este de a oferi un material complet despre îngrijirea *oricărui* pacient până la spitalizare – ci doar de a familiariza practicianul generalist cu aceste noţiuni, dar mai ales de a sublinia acele circumstanţe în care un medic şi un paramedic pot conlucra pentru salvarea unei vieţi.

Accidentele şi prevenirea lor

Accidentele rutiere afectează 1 din 4 oameni de-a lungul vieţii. Ele reprezintă cauza de moarte cea mai frecventă în ultimii 45 de ani[1]. 50% dintre decedaţii cu vârstă între 15-19 ani sunt ca urmare a accidentelor rutiere. În Marea Britanie, mortalitatea prin accidente rutiere a scăzut încă din 1966 în pofida unei creşteri cu 50% a numărului autovehiculelor înmatriculate. Acum (1992) se înregistrează 4.229 decese/an şi 49.245 de răniri grave/an, în Marea Britanie. De la impunerea purtării centurii de siguranţă (1983), mortalitatea şi rănile grave pentru cei ce folosesc autovehiculele au scăzut la 10% şi respectiv 18%. Rata accidentelor per 100 milioane de vehicule este similară pentru biciclişti (527-204 morţi/an) şi motociclişti (696-469 morţi/an)[2]. Vârsta este şi ea importantă: copiii mici sunt rareori omorâţi pe stradă comparativ cu copiii mai mari, deoarece riscul lor de expunere este mult mai mic. Mortalitatea scade pentru vârsta mijlocie, pentru a creşte din nou odată cu avansarea în vârstă.

Alcoolul este un factor major în cel puţin 10% din totalitatea accidentelor rutiere. 20% din conducătorii auto şi 36% din pietonii decedaţi au nivelul alcoolemiei peste limita legală de 80 mg/100 ml (17,4 mmol/l). Aceste procente cresc la 50% pentru şoferi şi 73% pentru pietonii accidentaţi între orele 22.00 şi 04.00. Există unele date că şoferii vârstnici ce au consumat alcool compensează acest fapt printr-o conducere mai prudentă. Şoferii tineri pot compensa şi ei consumul de alcool printr-o conducere mai prudentă, dar de cele mai multe ori nu aleg această cale (fie sub presiunea anturajului, fie prin plăcerea asumării riscului).

Benzodiazepinele, antidepresivele şi antihistamincele au fost de asemenea implicate ca factori ce contribuie la accidentele rutiere, chiar dacă pacienţii au fost sfătuiţi să nu conducă atâta timp cât se află sub acest tratament. Dacă un pacient are epilepsie sau diabet cu atacuri hipoglicemice (sau există un alt motiv care să nu-i permită să conducă, p. 534) este de datoria sa să informeze autorităţile, dar şi a medicului să-l sfătuiască.

Prevenirea accidentelor. Dacă locul cuvântului "accident" ar fi luat de "măsuri de prevenire" s-ar produce o schimbare radicală de opinie, ceea ce ar sugera că accidentele sunt predictibile şi prevenibile. Ele au loc datorită lenei, grabei, ignoranţei, marcării defectuoase, falselor economii, şi neputinţei de a aplica regulamentele existente -mai frecvent decât datorită cauzelor adevărate. De exemplu, de-a lungul anilor, mii de pasageri au murit în catastrofe aeriene datorită unei insuficiente marcări a pistelor, ceea ce ar fi putut fi evitat prin utilizarea unor principii ergonomice simple.

S-au încercat scheme diferite pentru a-i ajuta pe şoferii tineri ce abuzează de alcool – de exemplu Sistemul Îmbunătăţit de Conducere pentru cei ce Încalcă Traficul – şi reabilitarea prin reeducare cu instructori de conducere auto. Psihoterapia este mult mai utilă decât lecturile. Posterele sanitare educaţionale ce prezintă consecinţele tragice pe care le poate suferi prietena şoferului alcoolic în cauză au fost pline de succes[1].

Legislaţia este un mijloc eficient de a salva vieţi (de exemplu, obligativitatea purtării centurii de siguranţă şi limitele de viteză).

Legile privind consumul alcoolului, precum şi cele ce guvernează conducerea preventivă la volan, probabil că previn accidentele, dar eficienţa lor nu a fost cuantificată. Un alt mijloc de a reduce accidentele rutiere legate de alcool este de a utiliza o iluminare adecvată, de exemplu în intersecţii şi zone de trafic dificile. Accidentele casnice pot fi prevenite prin măsuri simple precum containere menite să prevină accidentarea copiilor, practicarea orificiilor în pungile de plastic, utilizarea de sticlă incasabilă în toată casa şi folosirea de vase pentru gătit cu mânere asigurate, foarte bine fixate.

---

[1] T Benjamin 1987 *Tinerii Şoferi Afectaţi de Alcool şi alte Droguri*, Societate Regală de Medicină.

[2] Departamentul Transporturilor 1993. *Accidentele Rutiere şn Marea Britanie* 1992, HMSO

Statistici despre accidente (Marea Britanie)

În fiecare an aproximativ 13.000 de oameni sunt omorâţi în accidente în Marea Britanie. Dintre aceştia 1.000 sunt copii.

Morţi şi leziuni majore în 1991[1] (Totalul deceselor = 13.014)

Rutiere,	4.568 decedaţi[2], 336.000 răniţi
Casnice,	5.273
De muncă,	615
Sport,	268 (aproximativ)
Alte transporturi (aer, apă, căi ferate),	203
Alte căzături,	979
Altele (greşeli medicale, fulgere),	1.108

Accidente casnice. Vârstnicii sunt în special predispuşi. Peste jumătate din bărbaţi şi peste trei sferturi din femeile ce mor prin accidente casnice au 65 de ani şi peste. Aproximativ jumătate din vârstnice care cad şi-şi fracturează femurul, vor deceda în următorele 6 luni (p. 800). Cea mai frecventă cauză de deces la copii este sufocarea; în grupa de vârstă 15-44 de ani este otrăvirea, iar peste 45 de ani sunt căzăturile.

Spitalizările pentru accidente. 7,5 milione de oameni/an, în Marea Britanie au un accident înregistrat şi urmărit de serviciile de urgenţă. 350.000 (4,7%) dintre aceştia sunt spitalizaţi. O treime din accidente apar la domiciliu şi un sfert afectează copiii sub 5 ani.

Marea majoritate primesc tratament de la medicul lor generalist.

Accidentele la copii.

- Aprox. 10.000 de copii/an sunt în permanenţă scutiţi datorită accidentelor.
- Accidentele fac ca anual 1 din 5 copii să ajungă în secţiile de A&E.
- Accidentele sunt cauza cea mai frecventă de deces la copiii între 1-14 ani şi produc jumătate din toate decesele înregistrate între 10-14 ani.

Adrese utile:

- Camera de Protecţie a Scoţiei, Heriot-Watt. University, Riccarton, Currie, Edinburgh, EHI4 4AS (U.K.)
- Consiliul Britanic de Protecţie, 62 Challenors Read, London, W6 9RS (U.K.).
- Grupul de protecţia sănătăţii, St.Ann's Road, Chertsey, Surrey KT I6 9AT (U.K.).

---

[1] Societatea Regală pentru Prevenirea Accidentelor (RoSPA), The Prior Queensway, Birmingham B4 6BS (tel. U.K. 021 200 2461)

[2] Departamentul Transporturilor 1992 *Accidentele Rutiere în Marea Britanie: 1991*, HMSO

[3] APLS group 1993, *Trerapie Intensivă Pediatrică*, BMA.

▶▶Menţinerea funcţiilor vitale (MFV)^ATLS

Sinonime: Respiraţie artificială; resuscitarea cardiorespiratorie (RCR).

Definiţie: MFV reprezintă măsurile de menţinerea vieţii – expirarea aerului (personal), ventilaţia + compresia toracică externă, fără nici un alt echipament cu excepţia unor accesorii respiratorii simple precum o protecţie orală (pentru a vă proteja de vomă) sau Masca de Buzunar Laerdal® (pentru a facilita contactul cu pacientul), care se vor folosi dacă le avem la îndemână.

Contactul

- În timp ce te apropii strigă după ajutor (eventual dacă este posibil desemnează pe cineva să se ducă după ajutor).
- Apropie-te de pacient cu grijă -există vreun pericol pentru tine (p. 896)?
- Eliberează pacientul de pericolele imediate.
- Evaluarea ABC a pacientului (vezi tabelul următor).

Contactul[1]

Strigătul pentru ajutor
Apropie-te cu grijă
Eliberează de pericole
Evaluează ABC (Airway, Breathing, Circulation =Căi respiratorii, Respiraţie, Circulaţie).

Stabileşte lipsa de răspuns a pacientului. Mişcă-l uşor de un umăr, în timp ce-i fixezi gâtul cu cealaltă mână. Întreabă-l "Ai păţit ceva?" Dacă răspunde aşează-l într-o poziţie convenabilă de recuperare (p. 891) – dacă nu, verifică-i respiraţia.

Respiraţia. Deschide şi curăţă căile respiratorii (controlul digital al cavităţii bucale; îndepărtează protezele dentare şi eventualii dinţi falşi - lasă cavitatea bucală accesibilă unei bune ventilaţii, asigură-te de această accesibilitate). Dacă respiră, puneţi-l într-o poziţie convenabilă; dacă nu, verifică pulsul.

Circulaţia. Palpează pulsul carotidian pentru 5 secunde. Dacă se simte aplică 10 respiraţii, apoi pleacă după ajutor. Dacă nu simţi pulsul pleacă *imediat* după ajutor.

La întoarcere aplică două insuflări lente (gură la gură/masca de buzunar), apoi 15 compresii toracice (1/3 inferioară a sternului, la 2 degete de apendicele xifoid; comprimă cu 4-5 cm; la o frecvenţă de aprox. 80/minut). Dacă sunt doi resuscitatori foloseşte un raport de 1:5.

Copiii (1-8 ani). Aceeaşi secvenţialitate, dar foloseşte o singură mână, aplicată la un deget de apendicele xifoid (frecvenţă 100/min; foloseşte o raţie de 1:5 pentru unul sau doi resuscitatori). Renunţă la controlul orb al cavităţii bucale – ai putea fixa un eventual corp străin în faringe; se face acest control privind căile respiratorii pentru a putea îndepărta eventualul corp străin existent în cavitatea bucală. Vezi p. 365.

Sugarii (<1 an). Dacă nu respiră, aplică 5 respiraţii artificiale, *apoi* verifică pulsul (foloseşte pulsul brahial dacă gâtul este foarte scurt). Dacă nu există puls, aplică 20 de cicluri de 1:5 ventilaţie-compresie (rata de compresie toracică 100/min) *apoi* mergi după ajutor – ia copilul cu tine şi continuă masajul în timp ce suni după ajutor. Şi în acest caz este interzis controlul digital orb al cavităţii bucale. Vezi p. 365.

►►Manevra Heimlich

Obstrucţia respiratorie prin blocarea cu un corp străin a căilor este o cauză frecventă de deces ce poate fi prevenită prin aplicarea manevrei Heimlich. Dacă persoana în cauză este conştientă şi în picioare – cere-i să se aplece înainte şi să tuşească. Dacă acest lucru eşuează, treci în spatele lui, înconjură-i abdomenul cu braţele tale la jumătatea distanţei dintre ombilic şi xifoid. Una din mâini se face pumn şi se poziţionează cu degetul mare spre abdomen. Cealaltă mână apucă pumnul şi cu o mişcare bruscă comprimă abdomenul, pentru a disloca corpul străin. Dacă victima este deja în comă aceasta se va afla întinsă pe spate – în acest caz putem folosi podul palmei în locul pumnului. Repetarea manevrei poate fi uneori necesară. Se face controlul digital al cavităţii bucale pentru îndepărtarea corpului străin.

► A nu se aplica această manevră la copiii mici; în loc se pot folosi bătăile pe spate şi compresiunile toracice (similar cu masajul cardiac extern).

Bătăile pe spate. Acestea nu sunt mai bune sau mai rele decât manevra Heimlich în cazul dezobstruării produsă de un corp străin. Nici una nu trebuie învăţată şi aplicată în detrimentul celeilalte. Alternează 5 bătăi pe spate cu 5 manevre abdominale/toracice. Utilizează podul palmei pentru a comprima mai cu forţă interscapular, având pacientul întins cu faţa în jos.

Aşează pacientului într-o poziţie de siguranţă.

Accidente rutiere: evaluare şi triaj

Dacă ajungi primul la locul accidentului, pagina care urmează (ce implică o acţiune bine organizată), îţi va părea imposibilă mai ales dacă este noapte şi eşti singur. Deci primul lucru este să obţii ajutor. Vei fi surprins în cât de scurt timp totul va deveni bine organizat, desfăşurându-se aşa cum urmează. Ţine minte atunci când suni la 999 pentru a cere pompierii: ei sunt adesea cei mai apropiaţi şi acesta poate fi modul cel mai rapid de a aduce la locul accidentului o duzină de salvatori bine antrenaţi şi organizaţi.

Moartea traumatică recunoaşte trei moduri – *imediată* (leziunile aortice prin decelare; leziuni craniene grave), *întârziată* (hipoxia şi hipovolemia) şi *tardivă* (sepsis, insuficienţă organică multiplă).

Prevenirea (restricţia de viteză, iluminarea străzilor, obligativitatea purtării centurii de siguranţă; neconducerea în stare de ebrietate; pungile de aer) este mai bună decât cura medicală – iar intervenţia medicală este prea târzie pentru decesele imediate.

Priorităţi la locul accidentului. Acestea sunt capacitatea de organizare, siguranţa, comunicările, evaluarea, triajul, tratamentul şi evacuarea – reunite sub cuvintele: *Controlează vorbele, calmul şi timpul ca să tratezi pe toată lumea.*

Organizarea: Odată implicat, medicul este responsabil pentru aplicarea întregului ajutor sanitar. El va coopera cu serviciul de ambulanţă, dar va avea şi alte sarcini suplimentare. Numai el poate să constate decesul la locul accidentului.

Siguranţa: În primul rând asigură-ţi *propria siguranţă* (nu te apropia de foc sau de chimicale riscante (p. 896) înainte ca pompierii să-ţi asigure zona; poartă haine reflectorizante, mănuşi, ochelari de protecţie, protecţii pentru urechi).

Locul accidentului Dacă ajungi primul la locul accidentului parchează maşina oblic în faţa incidentului şi lasă luminile de avarie aprinse.
Victimele Îndepărtează-le de orice pericol imediat; protejează-le de orice traumă ce ar putea surveni în timpul eliberării (de exemplu: acoperă victima cu o pătură dacă eşti nevoit să o tragi printr-un geam spart).

► Caută o eventuală victimă rămasă, de exemplu, sub o maşină sau în spatele unui perete.

Comunicaţiile: Colaborează cu poliţia (este de competenţa lor), cu pompierii (pentru orice pericol; ei pot să îndepărteze victima rapid dacă este comatoasă, şi într-o manieră controlată, de exemplu dacă are leziuni spinale) şi cu serviciul de ambulanţe (convinge-te dacă sunt competenţi). Ia legătura cu spitalul prin radio sau telefon celular (p. 900, procedura radio) şi raportează numărul şi starea victimelor.

Evaluarea: Corelează starea autovehiculului cu potenţialele leziuni ale victimelor ("citind resturile"). Este victima blocată parţial (nu poate să deschidă uşa din cauza unui braţ rupt) sau total (de exemplu, picioarele prinse în pedale)?

Triajul: De la franţuzescul *triager,* a selecta sau sorta (boabe de cafea) acest proces sortează victimele după prioritatea terapeutică. Se împart în *Imediat* (culoare de cod ROŞU, poate muri în câteva minute în lipsa tratamentului, de exemplu obstrucţia căilor aeriene, pneumotorax masiv); *Urgent* (GALBEN, poate muri în 1-2 h fără tratament, de exemplu hipovolemia); şi *Amânat* (VERDE, poate aştepta, de exemplu fracturi minore). Aceia care sigur vor deceda sunt etichetaţi ca *Expectant* – tratarea lor ar putea întârzia ajutorul unei victime salvabile, care în aceste condiţii ar putea muri (ALBASTRU, dar nu toate clasificările de triere au această culoare – foloseşte verde). Nu uita să etichetezi decedaţii (ALB sau NEGRU), altfel personalul de urgenţă ar putea trimite medicul la aceeaşi victimă, pierzând astfel timp şi resurse.

NB: triajul se efectuează dinamic. Începe cu o scurtă privire de evaluare (vezi pagina opusă), dar ulterior poate necesita o examinare detaliată. Priorităţile (şi eticheta colorată) se vor schimba în timpul aşteptării şi după tratament.

Cum se face trierea^ATLS^

Acesta este un sistem dur: principala sa virtute este *viteza.* Toate victimele trebuie asigurate când timpul şi resursele o permit. Respectă secvenţialitatea următoare când ajungi la locul accidentului şi eşti nevoit să stabileşti priorităţile (vezi paragrafele ce urmează) – etichetează fiecare victimă cu culoarea corespunzătoare şi treci imediat la următorul. NU te opri să tratezi, vei pierde controlul asupra incidentului.

1. **Pacientul poate să meargă?**
   Da → AMÂNAT
   Nu → verifică respiraţia...
2. **Pacientul respiră?**
   Nu → deschide-i căile aeriene
   Acum respiră?
   Da → IMEDIAT
   Nu → MORT
   Da → numără sau estimează frecvenţa (de ex. peste 15 s)
   > 30 pe minut → IMEDIAT
   < 30 pe minut → verifică circulaţia...
3. **Verifică circulaţia**
   Reumplerea capilară > 2 s (adică şocat) → IMEDIAT
   Reumplerea capilară < 2 s → verifică afecţiunea...
4. **Verifică afecţiunea**
   A = Alert
   V = răspunde la stimuli VOCALI
   P = răspunde la DURERE
   U = nu răspunde la stimuli
   – Răspunde la comenzi (A sau V) → AMÂNAT
   – Nu răspunde la comenzi (P sau U) → URGENT

Echipamentul^{ATLS}

În trusă trebuie să ai minimul de echipament, după cum urmează:

Pipe orofaringiene
Canule IV (14_G + 16_G)
Bandă adezivă
Masca de buzunar Laerdal
Lichide perfuzabile (ex. Haemaccel®)
Foarfeci + Lanternă
Feşe + Bandaje
Set de tărgi
Extinctor

Trebuie să acorzi o mare importanţă asigurării protecţiei tale şi să te faceţi vizibil, de exemplu jachete reflectorizante, cască, cizme Wellington.

Echipament adiţional. Gulere cervicale; Mini-Trach II® (kit de cricotirotomie); set de drene toracice; material de sutură; anestezic local; analgezice; feşe de imobilizare; stetoscop (utilizat mai degrabă ca un însemn medical decât pentru scopul cunoscut).

►►Primul ajutor

A: *Căile aeriene:* Îndepărtează dinţii falşi şi voma. Aşează-l în decubit lateral. Aceasta scade riscul tracţionării cervicale. Dacă-l scoţi afară dintr-o maşină, asigură capul şi gâtul victimei cu mâinile tale înainte de a-i aplica un guler rigid, săculeţii de nisip vor fi plasaţi de-o parte şi de alta a gâtului, iar capul va fi asigurat de o scândură spinală prin aplicarea unei benzi de-a lungul frunţii.

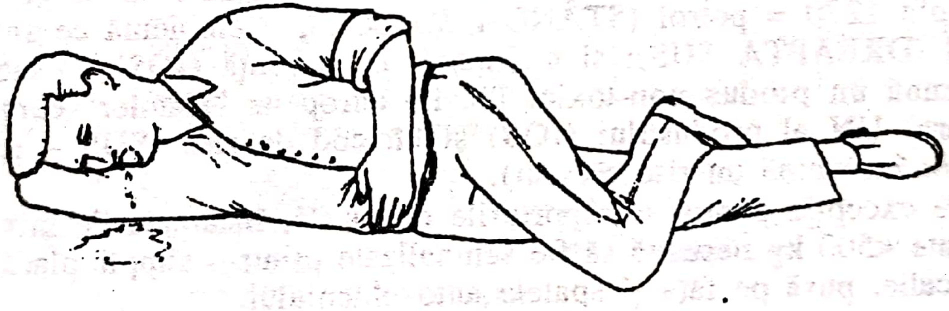
B: *Respiraţia.* Dacă respiră spontan dă-i O_2 la un volum de 15 litri/min printr-o mască aplicată etanş ataşată la un rezervor. Dacă nu respiră fă-i respiraţie gură-la-gură (± masca de buzunar); dacă este posibil dă-i O_2 100% prin valva ataşată la sacul măştii şi intubează traheea. Dacă suspectezi un *pneumotorax* (cianoză, turgescenţa venelor jugulare, deplasarea traheei) puncţionează pieptul cu o canulă IV mare în spaţiul 2 intercostal pe linia medioclaviculară, la nivelul unde traheea este deviată. Dacă există o *plagă deschisă toracică,* acoper-o cu un bandaj impermeabil la apă (de ex. hârtia ceruită de la pachetul de comprese), lipit doar în 3 părţi – acesta va funcţiona ca o valvă unidirecţională până la montarea unui drenaj pleural.

C: *Circulaţia:* Există puls? Dacă este necesar începe masajul cardiac extern. Dacă sângerează, hemoragia va fi oprită aproape întotdeauna prin compresie şi ridicarea părţii respective. Evită compresele strânse: acestea sunt adesea uitate şi lăsate prea mult. Montează 2 canule IV (de exemplu în fosa antebraţului 14_G sau 16_G: asigură-le bine şi leagă braţul, de exemplu Armlok®) şi începe perfuzarea (de exemplu cu Haemaccel®). Un poliţist sau un pompier pot ţine ridicat dispozitivul perfuziei, dar atenţionaţi-i să nu smulgă canula atunci când pacientul va fi mutat. Suspectarea unei hemoragii interne sau a fracturilor de oase lungi impun perfuzarea IV deoarece pierderile sanguine pot fi considerabile (fracturi de pelvis – 2 litri, femur – 1 litru, tibie, gleznă şi fracturarea mai multor coaste – aprox. 1/2 litri fiecare). Legarea (de ex., un picior de celălalt) ajută în egală măsură la limitarea sângerării dar şi la atenuarea durerii.

D: *Incapacitatea.* Evaluează rapid responsivitatea pacientului utilizând AVPU (p. 893).

E: *Examinarea amănunţită.* Examinarea de la cap până la degetul mare ("a doua trecere în revistă"), dar adesea nu este posibilă în afara spitalului. Reevaluează ABC; cuantifică nivelul comei (scala adulţilor, p. 768, scala pediatrică p. 300). Nu uita analgezia (p. 898).

Transportul: Menţine rana caldă. Manevrele pot fi efectuate în timpul deplasării cu ambulanţa (de exemplu, abordul venos) dacă pacientul poate fi preluat rapid.



Cum se poziţionează un inconştient în aşa fel încât să nu-şi inhaleze voma şi să-i menţinem capul pe linia mediană – scăzând riscul de leziuni spinale. De ajutor este dacă dispunem de 2-3 oameni pentru a pune victima în această poziţie, în aşa fel încât gâtul să fie aliniat cu restul corpului.

Îngrijirea prespitalicească: accidente rutiere – 2

Pericole *Incendii* <5% din accidentele rutiere (RTAs) au drept rezultat incendiul şi <1:500 au arsuri grave. Cel mai grav accident de acest fel din lume a avut loc în tunelul Salang, Afganistan, în noiembrie 1982, care a implicat un tanc petrolier ce a explodat, având drept urmări 1100-2700 de morţi.

Electricitate: Scurtcircuitele sunt frecvente de exemplu datorită păsărilor, iar linia poate fi reabilitată după 20 de min fără nici o investigaţie -trebuie să telefonezi Companiei de Electricitate pentru a te asigura că sursa este închisă. Cablurile de înaltă tensiune pot fi mortale chiar şi la o distanţă de câţiva metri de ele.

Căile ferate: O cale ferată electrificată poate fi scurtcircuitată de către o bară dintr-un vagon de marfă. Ţine minte că o locomotivă Diesel care circulă pe o cale ferată electrificată nu poate fi oprită prin întreruperea curentului electric: trenurile pot fi oprite prin semnale luminoase, steguleţe roşii, sau o serie de obstacole plasate pe linia de cale ferată – zgomotul poate atrage atenţia mecanicului de locomotivă.

Chimicale: Camioanele cu încărcături periculoase sunt obligate să poarte un însemn portocaliu "HAZCHEM" (vezi pag. opusă). Aceste plăcuţe conţin informaţii despre cum poţi combate un incendiu, ce echipament de protecţie trebuie purtat, dacă chimicalul poate fi îndepărtat în siguranţă pe furtună şi dacă să eliberaţi zona (STÂNGA SUS) un număr de identificare din patru cifre al produsului United Nations (UN) – de exemplu 1270 = petrol (STÂNGA MIJLOC); o emblemă ce subliniază riscul (DREAPTA SUS); şi un număr de urgenţă (JOS). O tablă albă înseamnă un produs non-toxic. Plăcile europene "Kemler" conţin doar numărul UN al produsului (JOS) şi un cod de risc (SUS – repetarea cifrelor înseamnă un risc crescut).

Ca excepţie pentru transporturile de marfă, încărcăturile mixte cu o greutate <500 kg necesită să fie semnalizate printr-o simplă placă pătrată portocalie, pusă pe faţa şi spatele autovehiculului.

Pentru a obţine informaţii despre produsul chimic implicat în accident, uită-te la cartea de urgenţă a transportului (TREM card) aflată în cabina şoferului; cisternele de pompieri pot fi echipate cu sistemul CHEM DATA -un serviciu de fax conectat cu centrul naţional de informaţii în domeniul chimiei din Harwell; altă posibilitate de telefonare este cu Centrul de Informaţii asupra Otrăvurilor (0131 229 2477 sau 01132 430715) sau compania de transporturi implicată.

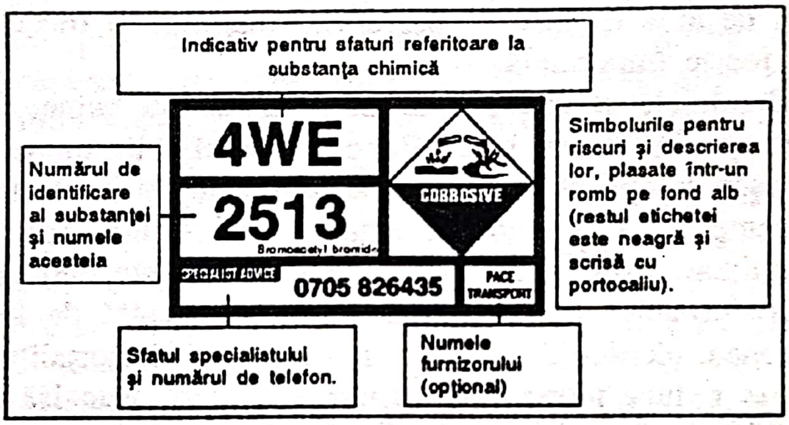
▶ Nu te apropia de un accident chimic înainte ca zona să fie declarată ca sigură de către pompieri.

Principii de scoatere a victimei din vehicul

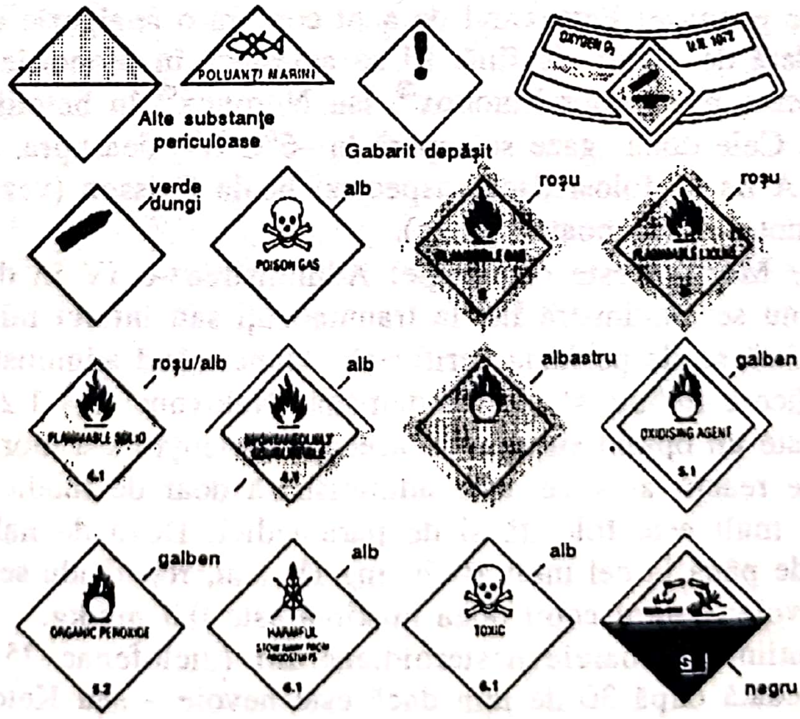
- Stabilizează întâi vehiculul în poziţia în care se află -mişcarea acestuia poate agrava leziunile.
- Asigură vehiculul – închide contactul; fixează bateria; îndepărtează urmele de petrol.

Îngrijirea prespitalicească: accidente rutiere – 2

- Identifică pacientul cu stare critică – unii pot muri cu toate eforturile unei îndepărtări rapide din vehicul.
- Observă avariile maşinii şi corelează-le cu eventualele leziuni ale victimei: volan deformat = leziuni toracice; bord avariat = rotulă/femur fracturate ± dislocare posterioară de şold. Corpul uman este mai moale decât metalul: afectare majoră a aparatului locomotor = leziune majoră.
- Cel mai uşor mod de a intra într-o maşină este pe uşă – încearc-o mai întâi pe aceasta, înainte să pătrunzi prin parbriz sau acoperiş!
- Îndepărtează rămăşiţele de victimă – nu victima de rămăşiţe – nu încerca să extragi victima printr-un orificiu prea mic.
- Nu aduce victima dintr-o situaţie dificilă într-alta mai dificilă; dacă este nevoie acordă-i puţin timp victimei pentru a-i asigura poziţia înainte să o urci în ambulanţă.


Indicativ pentru sfaturi referitoare la substanţa chimică
4WE
2513
Bromoacetyl bromide
CORROSIVE
SPECIALIST ADVICE
0705 826435
PACE TRANSPORT
Numărul de identificare al substanţei şi numele acesteia
Simbolurile pentru riscuri şi descrierea lor, plasate într-un romb pe fond alb (restul etichetei este neagră şi scrisă cu portocaliu).
Sfatul specialistului şi numărul de telefon.
Numele furnizorului (opţional)

Etichete de atenţionare


POLUANŢI MARINI
Alte substanţe periculoase
Gabarit depăşit
OXYGEN O_2
U.N. 1072
verde /dungi
alb
POISON GAS
roşu
FLAMMABLE GAS
roşu
FLAMMABLE LIQUID
roşu/alb
FLAMMABLE SOLID
4.1
alb
4.3
albastru
galben
OXIDISING AGENT
5.1
galben
ORGANIC PEROXIDE
5.2
alb
HARMFUL
6.1
alb
TOXIC
6.1
8
negru

Îngrijirea prespitalicească: analgezia^{ATLS}

De ce trebuie îndepărtată durerea? Din motive umanitare, dar nu numai. Catecolaminele eliberate de durere pot reduce perfuzia periferică şi aportul de oxigen în cazul şocului hipovolemic, sau creşte cererea de oxigen a miocardului în infarctul miocardic.

Când se optează pentru îndepărtarea durerii? Numai când toate manevrele de salvare au fost terminate, asigurarea căilor respiratorii şi fixarea coloanei cervicale, menţinerea ventilaţiei şi circulaţiei reprezentând priorităţi faţă de analgezie. Efectele benefice ale oricărui medicament trebuie să fie superioare eventualelor reacţii adverse (depresie respiratorie; sedare).

Cum se atenuează durerea? *Psihologic:* Beecher a observat în 1944 la Anzio că soldaţii sunt indiferenţi faţă de leziunile majore. Nu acelaşi lucru se întâmplă şi cu o victimă a unui accident (RTA) – un soldat este eliberat de oroarea războiului datorită leziunilor sale, în timp ce o victimă RTA de abia îşi începe coşmarul. Liniştirea cu fraza "medicul este aici" este foarte importantă.

Bandaje: Bandajele simple pot fi improvizate din haine; un picior nelezat îl poate sprijini pe cel lezat. Bandajele gonflabile nu sunt rigide, sunt uşoare şi uşor de aplicat. Imobilizările prin atele (în jurul membrelor) sunt binecunoscute dar fără mare eficienţă pentru un membru deformat, pe când o imobilizare aspirativă (plină de mărgeluţe) este mult mai bună. Imobilizările tracţionante se vor folosi pentru o fractură de femur: ele reduc, de asemenea, pierderile de sânge; morbiditatea şi mortalitatea (imobilizarea Thomas reduce mortalitatea printr-o fractură deschisă de femur de la 80% la 20% în timpul Primului Război Mondial).

Analgezice gazoase: Protoxidul de azot conferă o analgezie comparabilă cu cea dată de 10mg morfină. El se amestecă în proporţie de 50% cu O_2 sub forma produselor Entonox® sau Nitronox® în butelii albastre cu vârful alb. Cele două gaze se separă la –6°C (O_2 deasupra, spre vârful buteliei). A nu se folosi dacă suspectezi boala Caisson (vezi p. 908) sau un pneumotorax (se poate agrava).

Opioidele: Morfina este de elecţie. Administreaz-o IV în doze mici (1-2 mg). A nu se administra IM la traumatizaţi sau infarct miocardic - absorbţia gradată scade perfuzia periferică. Atunci când administrezi opioide prespitalicesc trebuie să ai la îndemână Naloxone (0,4-1,2 mg IV). Nalbuphina este un opioid sintetic cu aceeaşi eficienţă cu a morfinei, dar cu mai puţine reacţii adverse; este administrată doar de medic, dar din ce în ce mai mult este folosită şi de paramedici. Doza de nalbuphine: doze crescânde până la cel mult 10-20 mg IV lent, repetându-se după 30 de min la nevoie; pentru copii doza maximă este 0,3 mg/kg.

AINS: Antiinflamatoarele nesteroidiene IM (diclofenac 75 mg IM, repetat doar odată după 30 de min dacă este nevoie – sau Ketorolac 10 mg IM rapid apoi 10-30 mg/2-6 h după nevoie; până la maxim 60-90 mg/zi) pot fi folosite în durerile musculo-scheletice, în locul opioidelor, neavând nici unul din efectele secundare ale opioidelor. Ketorolac poate fi administrat şi IV ≥15 s; dar este de evitat în hipovolemie, sarcină sau la astmaticii cunoscuţi, şi este un analgezic minor în cazul traumatismelor importante.

Ketamina: Este un analgezic puternic, de scurtă acţiune la o doză de 0,25-0,5 mg/kg IV (devine anestezic la doze mai mari) şi poate fi folosit singur (2 mg/kg IV asigură o anestezie chirurgicală pentru 5-10 min); agitaţia este întâlnită frecvent dacă nu se administrează şi o benzodiazepină (midazolam -2 mg IV).

Sedarea: Un pacient anxios sau agresiv este deseori hipoxic sau are dureri. Poziţionarea sa comodă şi sigură, respiraţia îmbogăţită cu oxigen şi analgezia sunt mai bune decât sedarea, care de altfel este rareori necesară: administrează doze mici de midazolam (p. 808 până la 1,5 mg la bătrâni – flumazenil la îndemână).

Anestezia locală: blocajul nervos periferic poate fi folositor pentru îndepărtarea durerii într-un membru lezat. Blocarea nervului femural este mai utilă şi conferă o analgezie (anestezie) completă în cazul fracturilor femurale (mai puţin eficientă pentru cele de gambă). Localizează artera la nivelul arcadei inghinale şi injectează 10-20 ml de lidocaină 1% lateral de arteră. Aspiră în permanenţă ca să eviţi injectarea intravasculară. Doza maximă < 3 mg/kg sau 0,28 ml/kg din soluţia 1%.

Îngrijirea prespitalicească: comunicările

Reţeaua radio. Un utilizator radio este identificat printr-un "apel". Mesajele trec, de obicei printr-un filtru central (semn de apel "control" sau "zero") fără să se interfereze cu alţi utilizatori –"dublă frecvenţă simplex"; dar unele reţele permit ca toţi utilizatorii să poată vorbi direct unii cu alţii –"simplă frecvenţă simplex".

Procedura radio. Necesită o perioadă de practică pentru a ajunge să comunici prin radio confortabil şi fără probleme.

Ritmul trebuie să fie constant; *viteza* – mai lentă decât vorbirea normală; *volumul* – normal, nici ţipat, nici şoptit; *tonul* – trebuie să fie crescut dacă vocea este răguşită. Deci, pentru a aplica bine procedura trebuie reţinută formula: "RSVP" (ritm, viteză, ton -).

Modul de utilizare: Se dă drumul la aparat şi se controlează becul indicator al bateriilor (bateriile se schimbă cu aparatul închis). Ascultând (pe o singură frecvenţă) sau privind la luminiţa indicatoare de "canal ocupat" (2 frecvenţe) nu vei avea ghinionul să întrerupi nici un mesaj al altcuiva. Aşteaptă 1-2 s după ce ai apăsat pe butonul de transmisie, înainte de a vorbi, altfel primele cuvinte (de obicei cele importante) se vor pierde. După ce vorbeşti eliberează butonul sau îi vei priva pe alţii de a putea transmite. Aparatele VHF au o rază mai lungă de acţiune decât cele UHF.

Formularea unui mesaj radio. Pentru ***a începe*** un mesaj radio se menţionează iniţial codul celui care primeşte mesajul, apoi pe al tău. Indică prin cuvântul "terminat" posibilitatea interlocutorului, de a-şi începe propriul mesaj. Pentru ***a continua*** mesajul totdeauna începe cu codul tău când vrei să vorbeşti. Cu cuvântul "terminat mesaj" ***încheie*** convorbirea.

De exemplu: "Salut, zero, aici este Mike alfa unu, terminat."
"Sunt Zero, te ascult, terminat."
"Mike alfa unu, mă mut la noul loc, terminat mesaj."

Există o mulţime de varietăţi locale de a folosi această manieră. Ia în calcul că oricine poate fi interceptat, deci lasă gluma la o parte, nu înjura şi adresează-te mai degrabă prin apelative decât prin nume.

Parole. Spunând cuvinte lungi sau dificil de pronunţat cu ajutorul alfabetului fonetic NATO veţi avea surpriza unor jocuri de cuvinte neplăcute. Numele lungi (doze, tabele) se spun iniţial întregi apoi fiecare element în parte (adică 1000 – o mie, apoi unu-zero-zero-zero). Spunând "Roger" sau "O.K." înseamnă că aţi înţeles ce vi s-a comunicat; "spune din nou" înseamnă că mesajul trebuie spus încă o dată ("Repetă" este un ordin pentru artilerişti şi înseamnă să tragă din nou, fiind interzis, cel puţin în reţelele militare). ETA/ETD sunt abrevierile uzuale pentru a estima timpul de sosire/depărtare. Evită vorbirea confuză la radio (ex.: "negativ" şi "pozitiv" pentru "nu" sau "da").

12. Primul ajutor prespitalicesc

Îngrijirea prespitalicească: comunicările

Telefonul.

Cele mai utile pentru comunicaţiile prespitaliceşti sunt telefoanele celulare. În orice caz, în catastrofe sunt utilizate rapid toate celulele (adesea de către presă). În cererea de la Centrală telefonul poate fi înregistrat ca să opereze cu un număr redus de celule atunci când sistemul este supraîncărcat – acesta este Controlul de Acces pe Suprasarcină (ACCOLC – ACCes OverLoad Control – n.tr.).

Ranguri

Epolet	*Poliţie*	*Pompieri*	*Ambulanţă*
2 trese	Inspector	Ofiţer de staţie	Ofiţer bandă 1
3 trese	Inspector şef	Ofiţer asistent de divizie	Ofiţer bandă 2
Coroană	Superintendent		
Laur "U"		Ofiţer asistent superior	
Laur "U" în jurul tresei		Ofiţer de divizie	

Căştile pompierilor:

Culoare	*Benzi negre*	*Grad*
Galben	Nimic	Pompier
Galben	Una subţire	Conducător de pompieri
Galben	Două subţiri	Subofiţer
Alb	Una subţire	Ofiţer de staţie
Alb	Una groasă	Ofiţer asistent de divizie
Alb	Una subţire, una groasă	Ofiţer de divizie

Alfabetul fonetic NATO:

ALPHA, BRAVO, CHARLIE, DELTA
ECHO, FOXTROT, GOLF, HOTEL
INDIA, JULIET, KILO, LIMA
MIKE, NOVEMBER, OSCAR, PAPA
QUEBEC, ROMEO, SIERRA, TANGO
UNIFORM, VICTOR, WHISKEY, XRAY
YANKEE, ZULU

Procedura radio – pronunţia numerelor:

1	WUN
2	TOO
3	THUREE
4	FOWER
5	FIYIV
6	SIX
7	SEVEN
8	ATE
9	NINER

Catastrofele

Planificarea. Pentru ca un spital să fie capabil să primească multe victime trebuie să fie planificat pentru aceasta. Fiecare spital va elabora un *Plan detaliat pentru accidente majore,* iar suplimentar se vor distribui *Action Card,* cuprinzând sarcinile pentru personalul special implicat în asemenea situaţii.

La locul accidentului. Primul spital implicat va furniza şi ofiţerul medical al incidentului (MIO – medical incident officer). Echipe medicale mobile (de exemplu chirurg + anestezist + 2 sau 4 asistente) vor sosi de la spitalele care nu primesc victimele principale. Prin radioul ambulanţei se vor cere medicii voluntari locali specializaţi în salvări, cuprinşi în schema BASICS (Asociaţia Britanică pentru Asistenţă Imediată).

Protecţia: Este cea mai importantă – atât a ta cât şi a celorlalţi. Făceţi-vă vizibili (jachete cu monograme reflectorizante) şi purtaţi îmbrăcăminte de protecţie (cască de protecţie, îmbrăcăminte rezistentă la apă; cizme; măşti de respiraţie în mediu chimic).

Triajul: vezi p. 892.

Comunicaţiile: Sunt esenţiale. Poliţia este cea care răspunde de tot ce se petrece la locul accidentului. Fiecare serviciu de urgenţă va aloca un vehicul de control şi îşi va desemna un ofiţer pentru stabilirea relaţiilor interdepartamentale. Personalul medical sosit de la spital va raporta totul ofiţerului medical al incidentului (MIO -) – de obicei acesta este primul medic sosit la locul accidentului: rolul acestuia este să evalueze, apoi să comunice spitalului implicat numărul şi starea victimelor, să organizeze înlocuirea şi utilizarea echipamentului şi să înlocuiască personalul obosit. El trebuie să reziste tentaţiei de a trata victimele, faptul acesta compromiţându-i rolul.

Echipament: Trebuie să fie portabil (în cutii mici/rucsace) şi să includă: echipament de intubaţie şi cricotirotomie; lichide perfuzabile (coloidale); bandaje şi feşe; drene toracice (plus valve unidirecţionale); set pentru amputaţii (atunci când este necesară această intervenţie trebuie să participe doi medici); medicamente – *analgezic:* morfină; *anestezic:* ketamină 2 mg/kg IV peste 60 s (0,5 mg/kg este o doză analgezică puternică fără să dea depresie respiratorie); *antidoturi specifice* în tratamentele pentru substanţe chimice; droguri pentru resuscitarea cardio-respiratorie; medicamente pentru urgenţele medicale frecvente: de exemplu spray GTN, salbutamol inhalabil; imobilizări pentru membre (cele gonflabile sunt compacte dar nu sunt rezistente şi nu tracţionează); defibrilator/monitor; ± pulsoximetru.

Degajarea: reţine că degajarea locului accidentului nu mai este o prioritate majoră atunci când aplici tratamentul imediat (de exemplu -un pneumotorax – ROŞU – tratat poate aştepta pentru preluare – devine

GALBEN), dar aceia care pot suferi prin întârzierea preluării lor vor trebui transportaţi primii (de exemplu un comatos cu leziune închisă craniană; infarctul miocardic).

La spital o "catastrofă" va fi declarată. *Primul* spital *implicat* va primi cea mai mare parte a victimelor; spitalele *ajutătoare* vor interveni prin preluarea surplusului de victime de la primul spital sau poate asigura echipe medicale mobile în aşa fel încât personalul primului spital să nu fie micşorat. Se va stabili o cameră de control iar coordonatorul medical se va asigura că personalul medical este suficient, va numi un ofiţer de triaj şi va supraveghea asigurarea cu paturi pentru pacienţi şi ITU/resursele pentru sala de operaţie.

Sursa principală: S. Miles 1990 Catastrofele *BMJ* 301 923.

Transportul cu elicopterul

► De obicei este mult mai bine să pierdeţi 30 de minute pentru a transporta o persoană cu leziuni grave la un centru bine dotat de traumatologie care asigură consultanţă la orice oră, decât să pierdeţi 10 minute pentru a transporta aceeaşi persoană într-un mic departament A&E unde cele mai multe proceduri nu sunt disponibile *imediat*.

Importanţa utilizării elicopterelor în procedurile de salvare şi transport a fost recunoscută din ce în ce mai mult de la Războiul din Coreea. Este important să fim avertizaţi asupra limitelor lor. Elicopterele pot fi folosite pentru transportul victimelor la spital, sau pentru transferul interspitalicesc.

Avantaje: Viteza de parcurgere a distanţelor lungi; accesul în zonele izolate; livrarea imediată de echipament şi personal medical specializat la locul accidentului; scăderea mortalităţii prin leziuni majore.

Dezavantaje: Este cea mai costisitoare metodă de evacuare a victimelor; zgomot şi stres general, ceea ce duce la anxietate, dezorientare şi stânjenirea comunicaţiilor – evitabile prin purtarea căştilor de ureche; vibraţiile exacerbează hemoragiile/durerile la locul fracturilor; frigul - grijă la cei salvaţi din munţi/mări care sunt deja hipotermici; problemele implicate de altitudine; limitele aviatice precum condiţiile meteorologice, locuri adecvate de aterizare, sarcină limitată (în special penru personalul medical auxiliar); tehnice (poliţia aviatică nu permite ECG/oximetrele în elicoptere datorită radiaţiilor magnetice).

Siguranţa elicopterului

- Întotdeauna apropie-te din faţa aparatului de zbor, spre pilot. Asigură obiectele nefixate, ca de exemplu echipamentul pentru cap.
- Nu pătrunde şi nu ieşi fără permisiune din aria elicei (degetul mare în sus, ca semn al pilotului). Coboară capul în aria elicei.
- Nu atinge vinciul înainte ca tălpicile să fi atins solul. De asemenea feriţi-vă de coarda rotorului.
- Asiguraţi-vă că nimeni nu fumează pe o rază de 50 m în jurul elicopterului.

Probleme de altitudine. Hipoxia este puţin probabilă, dar numai dacă nu există o boală de inimă sau pulmonară, anemie, şoc sau traumatism toracic, deoarece elicopterele rareori zboară atât de sus încât să producă o scădere semnificativă a PaO_2. Reducerea presiunii atmosferice rezultă prin expansiunea unui volum de gaze închis, în timpul ascensiunii. Aceasta produce durere în sinusurile blocate, expansiunea unui pneumotorax, dehiscenţa unei plăgi abdominale (evitaţi zborul timp de 10 zile după o operaţie chirurgicală, dacă este cu putinţă) şi resângerare în cazul unui ulcer peptic.

La aterizare, aveţi grijă de manşeta tuburilor endotraheale şi la trusele militare antişoc (MAST) să le dezumflaţi corespunzător (în special dacă sunt aplicate la altitudine, de exemplu în zone muntoase). Aterizarea rapidă poate induce barotraume.

Probleme particulare.

- Boala Caisson (boala de decompresiune). Atunci când aerul este respirat sub presiune (scufundători) azotul se dizolvă în sânge şi ţesuturi. În cazul unei ieşiri rapide la suprafaţă după o scufundare, azotul va ieşi din soluţie ca bule de gaze, producând dureri articulare ("the bends" – simptom al bolii Caisson sau de zbor la mare altitudine, caracterizată prin dureri abdominale şi slăbiciune, ca urmare a pătrunderii în ţesuturi a bulelor de gaze - n.tr.) ± urticarie, deficite neurologice şi tulburări respiratorii.

▶Nu zburaţi cel puţin 12 h după o scufundare la mai puţin de 30 m şi cel puţin 24 h după o scufundare la peste 30 m.

- Durerea anginoasă sau infarctul nu reprezintă o contraindicaţie de zbor, iar teama că poate induce aritmii este nefondată.
- Bolile psihatrice pot exclude transportul cu avionul dacă pacientul este considerat ca fiind un risc pentru siguranţa aparatului de zbor.
- Cei cu arsuri de peste >20% obligă la montarea unei sonde nazogastrice înaintea zborului, ca o precauţie împotriva unei expansiuni gazoase a unui ileus.

Scorul traumei^{ATLS}

Esenţa. Scorul traumei poate fi folosit pe şosele pentru a prognostica probabilitatea de supravieţuire (Ps), şi în felul acesta severitatea leziunii, ceea ce poate influenţa decizia privind unde este cel mai indicat de dus victima (la cel mai apropiat spital districtual general, spitalul regional sau la un Centru traumatologic?). Retrospectiv, aceste date fiziologice pot fi combinate cu un scor anatomic al leziunilor pentru a compara performanţele (supravieţuitori actuali şi respectiv cei scontaţi) între spitale.

Scorul traumei (TS): Prima variantă a fost introdusă în SUA în 1981 pentru a permite paramedicilor să ia o decizie obiectivă dacă pacientul are nevoie de îngrijire într-un Centru Traumatologic. Măsoară frecvenţa respiratorie + în efort; ritmul ventricular; reumplerea capilară; Scala de comă Glasgow (GCS). Scorul maxim este 16. Scorul ≤13 înseamnă o mortalitate ≥10% – în Statele Unite este cotat pe Nivel 1 – Centru Traumatologic; în Marea Britanie este dus la un spital mare şi alertată echipa traumatologică de pe rută.

Scorul traumei revizuit (RTS): Măsoară frecvenţa respiratorie, ritmul ventricular şi GCS doar: alţi parametri s-au dovedit a fi slab reproductibili pe o analiză largă în USA. Fiecare parametru a fost codificat valoric cu un scor de la 0-4. Aceste scoruri sunt multiplicate cu un coeficient ce ţine de greutate, apoi adunate împreună vor da RTS – nu este un instrument adecvat de evaluare pe şosele. RTS este mult mai bine corelat cu Ps decât cu TS.

Scorul traumatologic revizuit de triaj (TRTS): Acesta utilizează codul valoric al frecvenţei respiratorii, ritmul ventricular şi GCS din RTS, dar o creştere/scădere cu unu a oricărui parametru este considerată semnificativă (deci un TRTS ≤11 este considerat ca semnificativ). Acesta este cel mai bun în evaluarea prespitalicească traumatologică.

Limite: Sistemele de scoruri nu sunt validate pentru copii şi bătrâni; peste 20% pot fi subestimaţi la prima evaluare (dacă se face rapid sau înaintea decompensării fiziologice).

Scorul de Severitate a Leziunilor (ISS). TS, RTS şi TRTS foloseşte variabile fiziologice pentru aprecierea Ps. Leziunile anatomice (constatate în timpul operaţiei sau postmortem) pot fi şi ele folosite – ele sunt notate de la 1 (minor) la 6 (total) utilizând tabelele de la AIS (Abreviated Injuries Scale). Corpul este împărţit în 6 regiuni şi cele 3 scoruri, cele mai mari, din regiuni diferite, sunt încercuite şi adunate. Scorul maxim este 75, iar AIS 6 în orice regiune este fatal şi prin urmare se acordă un scor de 75. ISS se corelează mai bine cu Ps. ISS ≥16 implică mortalitate ≥10% şi se denumeşte ca "traumă majoră".

Limite: Leziunile pot fi dificil de codificat; leziunile cefalice izolate cu AIS 3 au o mortalitate crescută, dar nu se încadrează în "traumă majoră", aşa cum rezultă din analiză.

Metodologia TRISS. Programele de control traumatologic au dus la elaborarea MTOS (Major Trauma Outcome Study – Rezultatele studiilor traumatismelor majore), atât în Marea Britanie cât şi în USA. TRISS este o formulă complexă ce include RTS, ISS, vârsta pacientului şi dacă trauma a fost penetrantă sau nu. Este modest în aprecierea rezultatelor individuale, dar permite compararea performanţelor obţinute în spitale diferite sau în acelaşi spital după o decizie (de exemplu, introducerea în lanţul terapeutic a unei echipe traumatologice).

Statisticile Z şi M. Acestea sunt folosite pentru a compara rezultatele în diferite populaţii. *Statistica Z* măsoară diferenţa dintre numărul de morţi real şi cel la care ne aşteptam. *Statistica M* ("jocul severităţii leziunilor") compară întinderea severităţii leziunilor cu datele de bază – dacă $M < 0{,}88$, Z este invalid.

Accidentele de scufundare

Mii de oameni fac anual scufundări pentru recreere. Datorită vitezei de călătorie complicaţiile acestor scufundări pot să se prezinte la medic la mari distanţe de centrele de scufundare: din acest motiv toţi trebuie să fim familiarizaţi cu contraindicaţiile şi complicaţiile scufundărilor, *indiferent* de specialitate.

Contraindicaţiile scufundărilor

- Atacuri de migrene + vomă
- Otită (medie sau externă)
- Risc de hipoglicemie (ex.: DZ)
- Astm; COAD
- Epilepsie
- Boala Ménière
- Graviditate
- Antecedente de penumotorax
- Angină; aritmii
- Timpan perforat
- Sindroame hemoragipare
- Rău de decompresiune
- Edem pulmonar

Complicaţiile scufundărilor

- Înec (p. 830)
- Înţepături sau muşcături marine (p. 827)
- Barotraume
- Embolie gazoasă
- Rău de decompresiune
- Edem pulmonar

Răul de decompresiune[1] Azotul este mult mai liposolubil decât hidrosolubil, astfel încât concentraţia de N_2 va creşte, acumulându-se în SNC, măduvă şi ţesut adipos. Simptomele apar la 1-36 h după revenirea la suprafaţa apei. Factori de risc: scufundări multiple, ignorarea regulilor de oprire a decompresiunii, revenire la suprafaţă prea rapidă, boală de decompresiune în antecedente, ingestia de alcool, urcarea imediat după scufundare la altitudine mare (p. 904).

Clinic[2]:

- Vomă
- Fasciculaţii musculare/dureri articulare
- Variaţii migratorii ale culorii tegumentelor/rash
- Prurit; parestezie
- Modificări de comportament
- Tuse; dureri toracice
- Cianoză; şoc
- Osteonecroză

- Surditate/nistagmus
- Convulsii; semne SNC
- Halucinaţii
- Dureri de cap

Terapie: Viteza de acţiune este vitală. Dacă începi recompresia în primele 30 min de la debutul simptomelor, 80% vor răspunde favorabil; dacă întârzii 6 h, numai 50% vor mai răspunde. Dacă suspectezi aeroembolism, atunci aşează pacientul în decubit stâng şi dă-i O_2 100% (15 litri/min printr-o mască cu rezervor aplicată etanş pe faţă). Caută apoi ajutoare. Transferă-l într-un centru medical cu echipament hiperbaric. Dacă ruta aviatică nu permite zborul la nivelul mării, atunci încearcă presurizarea la maximum a cabinei. Transportă şi aparatura respiratorie precum şi pe partenerul de scufundare (va oferi anamneza, dar poate fi el însuşi în pericol).

Prevenirea accidentelor de scufundare

- Intensificarea antrenamentelor de înot.
- Să evite deshidratarea (se interzice alcoolul şi cafeaua cu cel puţin 24 h înainte de scufundare).
- În timpul scufundării se coboară întâi la adâncimea maximă. Apoi se revine la suprafaţă treptat.
- Se face o oprire de siguranţă la 15 picioare sub nivelul mării. Se evită rămânerea sub apă mai mult decât permit tabelele de decompresiune sau calculatoarele de scufundare.
- Trebuie să se odihnească înainte de scufundare
- Temperatura corpului trebuie menţinută constant în timpul scufundării.
- După scufundare să evite să stea pe loc pentru o perioadă mai lungă (scade fluxul sanguin regional şi îndepărtarea azotului). Evită zborul cu avionul în primele 12 ore.

---

[1] A. Newmann 1993, *Medicina Ştiinţifică Americană*, Ed. E. Rubenstein şi D. Federman, New York, ISBN 0 89454 031 0 şi J.J.Sykes, 1994, BMJ, 1493.

[2] *Numere de telefon:* Marea Britanie: Unităţile Medicale Hiperbarice 01224 681818; Marina Regală: 01705 822351 sau 01705 818888. USA: Studii despre Accidentele de Scufundare (919 6848111) sau US Navy 904 234 4351 sau Forţele Aeriene (512 538 3281 sau 512 536 3278).

▶▶Tromboliză la domiciliu?

Este unanim acceptat că o tromboliză într-un infarct miocardic este cu atât mai eficientă cu cât este efectuată mai precoce (numai două din trialurile ce s-au ocupat cu tromboliza sunt echivoce în această privinţă[1,2]). Odată suspectat infarctul miocardic, obiectivul imediat este să diminuezi durerea, să corectezi aritmiile şi să duci pacientul acolo unde tromboliza poate fi efectuată *urgent*. În afară de incendiu, exsanguinarea sau stopul cardiorespirator, nimic nu trebuie să te împiedice în a duce la îndeplinire obiectivele de mai sus. Trebuie luate măsuri de cronometrare şi de scurtare, cât mai mult posibil, a timpului până la începerea trombolizei – timpul "de la uşă la ac". Întrebarea care se pune acum este al cui ac (GP sau spital?) şi a cui uşă (a pacientului sau a spitalului?). Putem să fim siguri că utilizarea trombolizei acasă nu va afecta rezultatele? Oare o asemenea strategie va conduce inevitabil spre pericole; reprezintă o utilizare inadecvată a trombolizei, şi poate fi o cauză de întârziere în aducerea pacientului la spital? Răspunsul probabil la toate aceste întrebări este "Nu" ($P<0,04$) – şi aceasta în lumina unui studiu randomizat larg ($N=311$) pe pacienţi din Marea Britanie[3]. Acesta arată că tromboliza precoce (30 U de anistreplază în perfuzie în peste 5 min, MMC, p. 593) poate reduce la jumătate mortalitatea – şi îmbunătăţeşte semnificativ toţi parametrii rezultatelor – în comparaţie cu tromboliza cât mai precoce aplicată chiar în spital.

În acest trial, pacienţilor le-a fost dat un pachet conţinând două soluţii injectabile, marcate astfel încât una să fie administrată acasă iar alta la spital. Una din soluţii conţinea anistreplază iar cealaltă placebo, şi li s-au administrat una acasă şi una la spital, în aşa fel încât fiecare pacient a făcut două injecţii, dintre care numai una activă, ceea ce a variat fiind timpul de aplicare a celei active. Întârzierea medie între contactul cu pacientul şi "ac" a fost de 53 min în cazul medicului generalist; pacienţii au avut de aşteptat încă 2 h pentru injecţia din spital, cea mai mare parte a acestei întârzieri având loc în spital şi nu pe drum (în ciuda faptului că întârzierea cu care veniseră pacienţii nu a fost luată în calculul timpului scurs în spital (ceea ce înseamnă 36 de mile). Aproape nici un pacient (0,6%) nu a primit în spital injecţia în mai puţin de 2 h de la debutul simptomelor, dar 61% au făcut injecţia de acasă în acest interval – subgrupul care a făcut injecţia pentru tromboză în acest interval a avut evoluţia cea mai bună (cu alte cuvinte, în locul curbei răspunsului la doză s-a obţinut curba răspunsului la timp).

Ţine cont că în acest studiu, practicianul generalist a avut aceleaşi posibilităţi de a diagnostica infarctul ca şi spitalul – diferenţa constând în aceea că evaluarea generalistului a fost mult mai rapidă (timpul uşă-ac a fost de 43 min, faţă de 87 min). Doar un singur pacient admis iniţial ca fiind coronarian a putut fi diagnosticat ulterior cu siguranţă ca având o altă boală. NB: criticile ce pot fi aduse acestui studiu sunt următoarele:

unii pacienţi ar fi putut avea angină instabilă şi nu infarct[4]; mulţi posibili pacienţi nu au fost recrutaţi pentru acest trial[5]; numărul deceselor a fost mic, ceea ce face ca mortalitatea scăzută obţinută să fie de fapt mai mare[6].

►►Important este că începerea trombolizei necesită să fie organizată cu precizie militară şi cu hotărâre – cu o parte a minţii noastre concentrată asupra controlului timpului alocat fiecărei acţiuni, în aşa fel încât toate acţiunile neesenţiale să fie eliminate. De aici şi utilizarea total neadecvată, folosită până acum, a cuvântului "neîndurător". Fie în practica generală sau în spital, avem sarcina să adaptăm munca noastră în aşa fel încît să se realizeze transportul rapid al pacienţilor cu dureri toracice, tratarea acestora imediat cu tot ceea ce este nevoie. Cîteodată pare a fi un lux să poţi să te eliberezi de toate lucrurile inutile şi minore care îţi acaparează timpul atunci cînd eşti de gardă.

---

[1] AIMS, Trial Study Group, 1988, *Lancet*, i:545.

[2] R.G. Wilcox, 1988, *Lancet*, ii:525.

[3] Regiunea Grampian – Trialul Anestreplase Precoce (GREAT), 1992, *BMJ*, ii:548.

[4] J.E. Saunderson, 1992, *BMJ*, ii:1014.

[5] A Round, 1992, *BMJ*, ii:1014.

[6] A.Pell, 1992, *BMJ*, ii:1014. Vezi de asemenea S.M. Cobb. BMJ, i:216 şi Grupul European de Proiectare MI, 1993, *NEJM*, 329, 383.

Epilog

Este o plăcere să închei această lucrare cu un capitol care este de fapt un nou început: pacientul pe drumul spre spital. Pe tot parcursul cărţii ne-am concentrat pe ce putem să-i oferim noi pacientului; să ne întoarcem acum la ceea ce pacientul ne poate oferi nouă. Mult prea des timpul şi circumstanţele ne conduc la o imagine că pacienţii sunt nişte devoratori neobosiţi ai energiilor noastre şi, din raţiuni practice, va trebui să continuăm să ne dăruim lor până vom muri, sau până ce lupta cu Natura şi bolile ei ne vor face să renunţăm. Aceasta pentru a ignora imaginea că pacientul reprezintă o sursă de nutriţie: nu doar în sensul furnizării pâinii şi untului de toate zilele, dar şi în sensul hrănirii personalităţii noastre. Ei fac aceasta spunându-ne despre noi înşine. Poţi gândi despre tine că eşti amabil şi inteligent sau neîndemânatic şi nepriceput, însă pacienţii pot să-ţi schimbe aceste percepţii arătîndu-ţi că în unele zile eşti mai bun, iar în altele eşti mai rău. Datorită pacienţilor noştri noi nu ne plafonăm niciodată. După aproximativ zece ani de practică medicală începem să fim bântuiţi de fantomele foştilor pacienţi, atenţionându-ne, reamintindu-ne de faptele ce nu le-am putut ţine sub control – dar şi de idealurile spre care aspirăm. Suntem norocoşi că lucrăm într-o profesie în care experienţa contează mai mult decât cunoştinţele, iar pentru a stimula această sete de experienţă noi sfătuim cititorii să renunţe la învăţatul pe de rost; citiţi romane, legaţi prietenii, călătoriţi peste tot -şi încercaţi să rămâneţi veşnic curioşi, şi de abia atunci, dacă suntem norocoşi, vom înţelege acel nepreţuit dar terapeutic: o personalitate bogată şi înţelegătoare. Vom fi astfel cu toţii mai capabili să schimbăm acest pacient obositor şi incomod care ne face să ne confruntăm acum cu o serie de imperfecţiuni, împreună cu părticele de glorie.

Index pentru medicamente

Traducere de **MONICA DIAC** & Dr. **TUDOR P TOMA**

Ceea ce urmează reprezintă un index al medicamentelor indicate ca agenţi terapeutici în acest manual. Doza pentru fiecare medicament este precizată aici doar ca un *aide memoire,* care însă nu este un substituent pentru citirea cu atenţie a paginilor corespunzătoare din manual, de fiecare dată când trebuie prescris un medicament nou cu care nu eşti familiarizat. Dozele pediatrice sunt marcate cu "ped".

Abidec® 0,6 ml/24h PO pentru copii... Vezi fibroza chistică p. 222
Acetazolamidă 250 mg/24 h-500 mg/12h PO... Vezi *Glaucomul simplu* p. 579
Acetazolamidă 500 mg PO stat (IM dacă vomită) apoi 250 mg/8 h PO... Vezi *Ochiul roşu* p. 566
Acid folic 0,4 mg zilnic în lunile dinaintea concepţiei – până la săptămâna a 13-a de sarcină (5 mg/zi PO când există antecedente de malformaţii ale tubului neural)... Vezi *Sfaturi înainte de sarcină* p. 100
Acid mefenamic (250-500 mg/8 h PO din ziua a 16-a până la a 3-a zi din menstruaţie)... Vezi *Sindromul premenstrual* p. 16
Acid mefenamic 500 mg/8 h PO în timpul menstruaţiei... Vezi *Menstruaţia anormală* p. 10
Acid mefenamic 500 mg/8 h PO pc... Vezi *Menoragia* p. 14
Acyclovir 800 mg de 5 ori pe zi PO timp de 7 zile... Vezi *Zona zoster la nivel oftalmic* p. 556
Acyclovir imediat ce se suspicionează diagnosticul. Administrează 5-10 mg/kg/8 h în perfuzie timp de 1h (250-500 mg/m^2)... Vezi *Encefalita cu herpes simplex* p. 298
Acyclovir, doze pentru copii: (20 mg/kg/6 h PO), ex <2 ani: 200 mg/6 h PO; 2-5 ani: 400mg/6h PO. ≥6 ani: 800 mg/6 h... Vezi *Varicela (herpes) zoster* p. 256
Acyclovir doze în perfuzie: 10 mg/kg/8 h (peste 1h), cu o concentraţie de <10 mg/ml... Vezi *Varicela (herpes) zoster* p. 256
Acyclovir local 200 mg/4 h PO timp de 5 zile... Vezi *Herpes simplex vulvar* p. 30
Adrenalina în stopul cardiac (copii)... Vezi ▶▶*Protocolul pentru stopul cardiac* p. 367
Adrenalină 10 µg/kg (=0,01.ml/kg de 1:1000)... Vezi ▶▶IM/IV *Adrenalina în anafilaxie* p. 357
Adrenalină 10 µg/kg sau 20 µg/kg pe sondă endotraheală... Vezi ▶▶*Resuscitaţia după naştere* p. 272
Adrenalina, doză pentru tubul endotraheal: 100 µg/kg... Vezi ▶▶IM/IV *Adrenalina în anafilaxie* p. 357

Allopurinol 10-20 mg/kg/24 h PO... Vezi *Leucemia la copil* p. 220
Allopurinol: 100 mg/24 h PO pc, ↑ dacă este nevoie la 600 mg/24 h... Vezi *Artropatii seronegative* p. 758
Almevax® 0,5 ml sc dacă nu este imun, însă postnatal... Vezi *Perioada puerperală* p. 164
Aminofilină (0,15 mh/kg/h în perfuzie)... Vezi *Terapia intensivă la nou-născut* p. 274
Aminofilină 5 mg/kg în perfuzie lentă... Vezi ▶▶*Sindromul Mendelson* p. 148
Aminofilină 5 mg/kg IV în peste 20 min... Vezi ▶▶*Astmul la copii* p. 318
Amitriptilină (50 mg/8-24 h PO. Începe cu 25-50 mg seara)... Vezi *Medicamente antidepresive* p. 394
Amitriptilină 25-50 mg PO seara, pentru dureri prin iritaţie nervoasă... Vezi *Agenţi pentru bolnavi în stadiul terminal* p. 508
Amoxicilină 10-13 mg/kg/8 h PO timp de 7 zile este medicamentul de elecţie pentru cei sub 5 ani... Vezi *Lichid în urechea mijlocie* p. 614
Amoxicilină 250 mg/8 h PO... Vezi *Afecţiunile renale în cursul sarcinii* p. 178
Amoxicilină 250 mg/8 h PO... Vezi *Urechea dureroasă şi cu scurgeri* p. 612
Amoxicilină 250 mg/8 h PO... Vezi *Otita medie* p. 612
Amoxicilină 250 mg/8 h PO... Vezi *Traumatisme ale nasului şi corpi străini* p. 626
Amoxicilină 500 mg/8 h PO sau IV... Vezi *Perioada puerperală* p. 164
Amoxicilină/acid clavulanic 1 g/6 h IV... Vezi ▶▶*Şocul obstetrical* p. 116
Ampicilină 30 mg/kg IM/IV... Vezi *Endocardita infecţioasă (ped)* p. 224
Ampicilină 30 mg/kg IM/IV 6h mai tîrziu... Vezi *Endocardita infecţioasă (ped)* p. 224
Ampicilină 30 mg/kg//4h IV... Vezi *Meningita: cauze (ped)* p. 304
Ampicilină 500 mg IV... Vezi *Afecţiuni cardiace în timpul sarcinii* p. 168
Ampicilină 500 mg/6h IV... Vezi *Prematuritatea* p. 112
Ampicilină 500 mg/6h IV... Vezi *Hemoragia post-partum* (HPP) p. 155
Ampicilină 500 mg/6h IV... Vezi *Afecţiuni renale în cursul sarcinii* p. 178
Amilobarbitonă IV... Vezi *Pacientul în dizgraţie* p. 390
Anti-D 250U IM la femeile Rh-tive... Vezi *Amniocenteza* p. 134
Aspirina (p 119) ex. 75 mg/24 h PO... Vezi *Diminuarea creşterii intrauterine* p. 114
Aspirina poate fi administrată în doză de pînă la 80 mg/kg/zi PO... Vezi *Artritra cronică juvenilă* p. 849
Atenolol 1-2 mg/kg/zi PO... Vezi *Hipertensiunea arterială la copii* p. 358
Atracurium 300-600 µg/kg IV apoi cîte 100-200 µg/kg IV după cum este necesar... Vezi *Blocanţi neuromusculari* p. 865
Atropină 0,3-0,6 mg IV... Vezi *Traumatismul coloanei vertebrale – prima zi* p. 820

Atropină 0,6 mg IM... Vezi *Pre-medicaţia* p. 858
Auranofin 3 mg/12h PO... Vezi *Artritra reumatoidă, tratament* p. 656
Aurotiomalat de sodiu 50 mg/săpt. IM... Vezi *Artrita reumatoidă: tratament* p. 756
Azatioprin... Vezi *Artrita reumatoidă: tratament* p. 656
Acid azelaic cremă... Vezi *Acneea vulgară* p. 668
Azitromicină (20 mg/kg)... Vezi *Afecţiuni oculare tropicale* p. 588
Beclometasonă diproprionat 8x50 µg pufuri/24 h... Vezi *Rinita alergică* p. 624
Benzhexol 1-4 mg/6 h PO... Vezi *Tratamentul în schizofrenie* p. 420
Benzhexol, ex. 1 mg/zi PO, crescut treptat la 5 mg/8 h (tabletele au 2 mg sau 5 mg)... Vezi *Blefarospasmul* p. 598
Benzilpenicilină (25 mg/kg IM sau IV)... Vezi *Reumatismul articular (ped)* p. 224
Benzilpenicilină 25 mg/kg/4 h IV... Vezi *Endocardita infecţioasă (ped)* p. 224
Benzilpenicilină 25-50 mg/kg/4 h lent IV... Vezi *Meningita: cauze (ped)* p. 304
Benzilpenicilină 30 mg/kg IM stat... Vezi *Conjunctivita gonococică (ped)* p. 109
Benzilpenicilină 50 mg/kg/4 h IV... Vezi *Meningita: cauze (ped)* p. 304
Benzilpenicilină 600 mg IM (indiferent de vârstă) administrate imediat... Vezi *Meningita: cauze (ped)* p. 304
ß-caroten (provitamină) $1{,}2\times10^6$ U PO...Vezi *Xeroftalmia şi keratomalacia* p. 588
Betadin gel vaginal® pentru *scurgeri rectale sau vaginale* neplăcute... Vezi *Agenţi pentru bolnavi în stadiul terminal* p. 508
Betahistină 8-16 mg/8 h PO... Vezi *Boala Ménière* p. 622
Bicarbonat 1 mmol/kg IV... Vezi ▶▶*Stopul cardiorespirator la copil* p. 365
Bicarbonat 1 mmol/kg IV (4,2%)... Vezi ▶▶*Resuscitarea după naştere* p 272
Bicarbonat 2,5 ml/kg în perfuzie 8,4% cel puţin 2 ore... Vezi *Cetoacidoza la copil* p. 308
Bicarbonat de ex. 1-2 mmol/kg IV în soluţie 4,2%... Vezi *Nou-născutul bolnav* p. 280
Bicarbonat de sodiu... Vezi *bicarbonat* (şi p. 365, 272, 308, 280)
Bicillin®, IM zilnic timp de 10 zile... Vezi *Sifilisul intrauterin* p. 106
Biperiden 2-5 mg IM sau IV... Vezi *Tratamentul în schizofrenie* p. 420
Bisacodil tablete (5 mg), 1-2 seara, este eficace în constipaţia produsă de opiaţi... Vezi *Agenţi pentru bolnavi în stadiul terminal* p. 508
Bromocriptină 2,5 mg/12 h PO... Vezi *Sindromul de moarte subită la copii* p. 338
Bromocriptină 2,5 mg PO în prima zi, apoi 2,5 mg/12 h PO timp de 14 zile... Vezi *Nou-născutul mort* p. 152
Bromocriptină 2,5 mg/12 h PO în zilele 10-26... Vezi *Sindromul premenstrual* p. 16

Budesonidă 50-200 µg/12 h printr-un spacer cu volum mare... Vezi ▶▶*Astmul la copil* p. 318
Bumetanidă 1 mg/24 h PO... Vezi *Agenţi pentru bolnavi în stadiul terminal* p. 508
Bupivacaină t1/2=3 h. Instalare lentă, durată mare. Doză maximă: 2 mg/kg... Vezi *Anestezia locală* p. 876
Buprenorfină (opiat sintetic; medicament "controlat"): 0,4 mg/6 h SL...Vezi *Durerea* p. 882
Buprenorfină sublingual 0,2-0,4 mg/8 h... Vezi *Agenţi pentru bolnavi în stadiul terminal* p. 508
Buserelin spray nazal 300 µg/8 h... Vezi *Endometrioză* p. 52
Calcipotriol unguent sau cremă... Vezi *Psoriazis* p. 662
Calcitonină 0,5-2U/kg/24 h SC... Vezi *Boala Paget a osului* p. 762
Calcitriol 6 µg/zi PO... Vezi *Osteoporoza* p. 762
Clorură de calciu 10-30 µg/kg IV... Vezi ▶▶*Stopul cardiorespirator la copil* p. 365
Captopril 0,5 mg/kg/8 h PO pentru vârstă >6 luni... Vezi *Hipertensiunea arterială la copii* p. 358
Carbamazepină... Vezi *Antiepileptice la copii* p. 317
Carbimazol (MMC, p. 542). După obţinerea controlului, se încearcă menţinerea dozei la cel mult 10 µg/24 h PO... Vezi *Afecţiuni tiroidiene în timpul sarcinii* p. 174
Carbimazol de ex. 15mg/24 h PO timp de 18 luni... Vezi *Hipertiroidia la copil* p. 226
Carbonat de litiu 125 mg-1 g/12 h PO conform acestor indicaţii... Vezi *Psihoze (incluzând mania)* p. 414
Carboprost 250 µg (15-metil prostaglandină F2α) de ex. Hemabate® 1ml IM profund... Vezi *Hemoragia postpartum (HPP)* p. 155
Cefotaximă 50-60 mg/kg/8 h IV timp de 20 min... Vezi ▶▶*Copilul febril* p. 290
Ceftazidimă (10-30 mg/kg/8 h IV)... Vezi *Fibroza chistică* p. 222
Ceftriaxonă (80 mg/kg/zi în perfuzie timp de 30 min, până la 4g zilnic)... Vezi *Copilul febril* p. 290
Cefuroxim 1,5 g/8 h IV (la copil 20 mg/kg/8 h). [Doza orală este 250-500 mg/12 h; la copiii peste 3 luni: 125-250 mg (1-2 capsule)/12 h]... Vezi *Celulita orbitară* p. 556
Cefradina 500 mg/8 h PO.... Vezi *Infertilitatea: investigaţii şi tratament* p. 58
Ciclizină 50 mg/8 h... Vezi *Boala Ménière* p. 622
Ciclizină 50 mg/8 h... Vezi *Vertij* p. 622
Ciclizină 50-100 mg/4-8 h PO, PR, IM/SC este eficace în *vărsături*... Vezi *Agenţi pentru bolnavi în stadiul terminal* p. 508
Ciclopentolat 0,5% câte 1-2 picături/6 h... Vezi *Ochiul roşu* p. 566
Ciclofosfamidă... Vezi *Nefrita acută şi nefroza (ped)* p. 334
Cimetidină 10 mg/kg PO cu 30 min înainte de fiecare masă... Vezi *Fibroza chistică* (ped) p. 222

Cimetidină 400 mg/12 h PO... Vezi *Agenţi pentru bolnavi în stadiul terminal* p. 508
Ciprofloxacin 500 mg/8-12 h PO... Vezi *Osteomielita* p. 724
Clindamicină 2% cremă vaginală, câte o aplicare seara PV, 7 doze... Vezi *Scurgeri vaginale* p. 48
Clindamicină 300 mg/6 h PO... Vezi *Muşcături, înţepături & corpi străini* p. 830
Cloralhidrat la vârste <2 ani: 30-50 mg/kg PO (max 1g)...(ped) Vezi *Reducerea durerii în urgenţe* p. 764
Cloramfenicol picături 0,5%/3 h şi unguent 1% seara... Vezi *Conjunctivita* p. 568
Cloramfenicol 0,5% picături oculare în prima oră de la naştere... Vezi *Conjunctivita gonococică* p. 109
Cloramfenicol 12-25 mg/kg/6 h în perfuzie (nu la nou-născuţi)... Vezi *Meningita: cauze (ped)* p. 304
Clormetiazol capsule: (o capsulă conţine ca bază 192 mg clormetiazol, care dă dependenţă). Dă 3 capsule/6 h PO timp de 2 zile, apoi 2 capsule/6 h pentru următoarele 3 zile,apoi 1 capsulă/6 h pentru ultimele 4 zile... Vezi *Alcoolismul* p. 422
Clorfeniramin (0,2 mg/kg)... Vezi ▶▶*Adrenalina IM/IV în anafilaxie* p. 357
Clorpromazină 25 mg/8 h PO, până la 1 g/zi (500 mg la vârstnici); copii: 0,5 mg/kg/4-6 h PO, peste 6 ani 1/3-1/2 din doza de la adult, max 75 mg/zi... Vezi *Tratamentul în schizofrenie* p. 420
Clorpromazină 25-200 mg/6 h PO sau 100 mg IM... Vezi *Tratamentul în schizofrenie* p. 420
Clorpromazină 50-100 mg IM/PO... Vezi *Delirul* p. 410
Clorpromazina îmbunătăţeşte ventilaţia (de ex. 12,5 mg IV, 25 mg în supozitor)... Vezi *Agenţi pentru bolnavi în stadiul terminal* p. 508
Clorpromazină până la 100 mg/zi PO... Vezi *Tratamentul în schizofrenie* p. 420
Clorură de magneziu 10 mg, 0,3 mg/kg/6 h PO... Vezi *Nou-născutul bolnav* p. 280
Clortalidon 0,5-2 mg/kg/zi PO... Vezi *Hipertensiunea la copii* p. 358
Clobetason butirat cremă... Vezi *Arsuri solare* p. 676
Clomifen 50-200 mg/24 h PO în zilele 2-6 inclusiv... Vezi *Infertilitatea* p. 58
Clomipramină (50 mg/8-24 h PO. Începe cu 10 mg/24 h)... Vezi *Antidepresive* p. 340
Clonazepam... Vezi *Antiepileptice la copii* p. 317
Clonidină 50-75 µg/12 h PO... Vezi *Menopauza* p. 18
Clotrimazol 1% cremă... Vezi *Infecţii fungice superficiale* p. 666
Clotrimazol cremă (±1% hidrocortizon cremă de ex. Nystaform HC® cremă)... Vezi *Probleme frecvente la copii* p. 210
Clozapină... Vezi *Tratamentul în schizofrenie* p. 420

Co-amoxiclav (1,2 g/fiolă, din care 1g amoxicilină şi 200 mg acid clavulanic); dă 1,2 g/6 h IV... Vezi *Avortul* p. 22

Co-amoxiclav 1 tabletă/8 h PO... Vezi ▶▶*Traumatisme ale feţei şi gâtului* p. 808

Co-amoxiclav 1 tabletă/8 h PO... Vezi *Muşcături, înţepături & corpi străini* p. 830

Codeină fosfat 1 mg/kg/4-8 h PO până la 3 mg/kg/zi... Vezi *Siclemia* p. 324

Colestiramină 4 g/6 h PO (la 1h după alte medicamente)... Vezi *Agenţi pentru bolnavi în stadiul terminal* p. 508

Coproxamol... Vezi *Osteoartrita* p. 776

Cotrimoxazol... Vezi *Osteomielita* p. 724

Cotrimoxazol 10 mg/kg/12 h PO... Vezi *Leucemia la copil (LLA)* p. 220

Colchicină 1 mg PO iniţial, apoi 0,5 mg/2 h PO până dispare durerea sau apar G&V, ori s-au administrat deja 10 mg... Vezi *Guta* p. 758

Creon 25 000®... Vezi *Fibroza chistică* p. 222

Cromoglicat, de ex. 20 mg/8 h pulbere inhalată... Vezi ▶▶*Astmul la copii* p. 318

Cromoglicat de sodiu colir 2%/6h... Vezi *Conjunctivita* p. 568

Cromoglicat de sodiu 2%, 2x2,6 mg comprimări/4-6 h... Vezi *Rinita alergică* p. 624

Dalteparin 2 500 U la 2 h pre-op şi la 12 h post-op, apoi 5 000 U o dată pe zi timp de 5 zile... Vezi *Profilaxia trombozei venoase profunde şi a tromboembolismului pulmonar în protezarea articulară* p. 734

Danazol 100 mg/6-24 h PO...Vezi *Menoragia* p. 14

Danazol 100-200 mg/12 h PO timp de 7 zile înainte de menstruaţie... Vezi *Mastalgia premenstruală* p. 16

Danazol 200 mg/24 h... Vezi *Sindromul premenstrual* p. 16

Danazol până la 400-800 mg/24 h PO... Vezi *Endometrioza* p. 52

Dantrolen 2 mg/kg/min până la max 10 mg/kg IV... Vezi *Hipertermia malignă* p. 872

Dapsonă 100-200 mg/24 h PO... Vezi *Afecţiuni specifice şi manifestările lor* p. 656

Desferrioxamină 15 mg/kg/h în perfuzie până la un total de 80 mg/kg/24 h. Pune 5 g în 50 ml apă în stomac după lavaj gastric... Vezi *Intoxicaţiile (ped)* p. 296

Desmopresin 20-40 µg (2-4 pufuri) seara prin pulverizare nazală... Vezi *Enurezis* p. 242

Dexametazonă (0,15 mg/kg/6 h IV timp de 4 zile)... Vezi *Meningita (ped)* p. 304

Dexametazonă (8 mg/8 h IM administrată mamei cel puţin 24 h dacă sarcina poate fi prelungită)... Vezi *Sindromul de detresă respiratorie (SDR, ped)* p. 282

Dexametazonă 12 mg/12 h IM timp de 48-72 h... Vezi *Prematuritatea* p. 112

Dexametazonă: dă 8 mg IV imediat pentru a remite simptomele obstrucţiei bronşice sau a venei cave superioare... Vezi *Agenţi pentru bolnavi în stadiul terminal* p. 508

Dextroză 25%, 2 ml/kg IV... Vezi ▶▶*Resuscitarea după naştere* p. 272
Diamorfină PO: 2 mg= aprox 3 mg morfină. SC: 1mg diamorfină = aprox. 1,5 mg morfină... Vezi *Agenţi pentru bolnavi în stadiul terminal* p. 508
Diamorfină SC, 1/3 din doza orală zilnică de morfină... Vezi *Murind acasă* p. 506
Dianette®... Vezi *Acneea vulgară* p. 668
Diazepam (ca emulsie=Diazemuls®): doza iniţială la adult 2,5-10 mg IV... Vezi *Sedarea* p. 872
Diazepam 0,1-0,4 mg/kg/h în perfuzie... Vezi *Epilepsia (ped)* p. 316
Diazepam 0,25-0,4 mg/kg IV lent, ca Diazemuls®... Vezi *Epilepsia (ped)* p. 316
Diazepam 10 mg lent IV... Vezi Hipertensiunea în sarcină p. 104
Diazepam supozitoare de 10 mg (de ex. 10 mg/8 h)... Vezi *Agenţi pentru bolnavi în stadiul terminal* p. 508
Diazepam 2 mg/8 h PO pe o perioadă scurtă.... Vezi *Tratamentul în durerile lombare* p. 704
Diazepam 5 mg/8 h PO pentru <6 săptămâni... Vezi *Nevroza anxioasă* p. 404
Diazepam 5-20 mg PO... Vezi *Pre-medicaţia* p. 858
Diazepam în perfuzie... Vezi *Alcoolismul* p. 422
Diazepam PR 0,4 mg/kg... Vezi *Epilepsia (ped)* p. 316
Diclofenac 25-50 mg/8 h PO pc... Vezi *Artrita reumatoidă: tratament* p. 756
Diclofenac 75 mg IM, se repetă numai o dată, de ex. la 30 min... Vezi *Îngrijirea prespitalicească: analgezia* p. 898
Diclofenac 0,5-1,5 mg/kg/12 h dacă vârsta este >1 an (de ex. un supozitor de 12,5 mg/12 h la 1 an)... Vezi *Chirurgia pediatrică* p. 228
Dicobalt edetat (20 ml soluţie 1,5% IV timp de 1 min)... Vezi *Inhalarea fumului* p. 778
Dienoestrol 0,01% cremă. Încearcă cu 1 aplicaţie PV de 2 ori pe săptămână... Vezi *Menopauza* p. 18
Dienoestrol 0,01% de 2 ori pe săptămână PV... Vezi *Disfuncţii urinare* p. 74
Digoxin 10 µg/kg/24 h PO... Vezi *Cardiopatii congenitale (ped)* p. 264
Dimeticon (simeticon) picături (40 mg/ml; 0,5-1 ml PO înainte de masă; se evită <1 lună)... Vezi *Probleme frecvente la copii* p. 210
Dimetilaminofenol (5 ml soluţie 5% IV timp de 1 min)... Vezi *Inhalarea fumului* p. 778
Difteria, antitoxină – 10.000-30.000 U IM (la orice vârstă)... Vezi *Difteria* p. 328
Disodium etidronat 20 mg/kg/24 h PO ac, timp de 4 săptămâni... Vezi *Boala Paget* p. 762
Disulfiram 200 mg/24 h PO... Vezi *Alcoolismul* p. 422
Ditranol, regim: ditranol 0,1% cremă se aplică cu atenţie la nivelul leziunilor şi se acoperă pentru a ţine crema în contact cu leziunea timp de 30 min. Crema este apoi înlăturată, şi se reaplică zilnic timp de 4

săptămâni. Se creşte concentraţia la fiecare 48 h (0,25%, 0,5%, 1%) - dacă nu apar arsuri sau iritaţii. Atenţie: nu se aplică la nivelul feţei, pliurilor sau zonelor inflamate... Vezi *Psoriazis* p. 662

Dobutamină (un agent inotrop mai bun decât dopamina) eficace de ex. pentru doze între 2-10 μg/min... Vezi *Embolia cu lichid amniotic* p. 159

Dobutamină 5-15 μg/kg/min... Vezi *Nou-născutul bolnav* p. 280

Dopamină 5-20 μg/kg/min... Vezi *Nou-născutul bolnav* p. 280

Dotiepin (50 mg/8-24 h PO. Începe cu 50-75 mg seara)... Vezi *Antidepresive* p. 394

Doxepin (75 mg/8-12 h PO. Începe cu 10-50 mg seara)... Vezi *Antidepresive* p. 394

Doxiciclină 100 mg/24 h PO... Vezi *Infecţiile pelvine* p. 50

Doxiciclină 200 mg stat, 100 mg/24 h... Vezi *Resturi placentare* p. 156

Doxicilină 100 mg/24 h PO... Vezi *Uterul* p. 36

Droperidol 5-20 mg/4-8 h PO sau 5-15 mg/4-6 h IM (sau IV)... Vezi *Schizofrenia* p. 420

Didrogesteron 10 mg/24 h PR/PV... Vezi *Sindromul premenstrual* p. 16

Emla® anestezic local, cremă... Vezi *Pre-medicaţia* p. 858

Enoxaparin... Vezi *Protezări articulare* p. 734

Ergometrină 0,5 mg IM... Vezi *Avortul* p. 22 şi *Naşterea normală* p. 88

Ergometrină 0,5 mg IV... Vezi *Hemoragia post-partum (HPP)* p. 155

Eritromicină (de ex. 250 mg/6 h PO)... Vezi *Infecţii cutanate bacteriene* p. 666

Eritromicină 10 mg/kg/6 h PO timp de 2-3 săptămâni... Vezi *Infecţii cu Chlamydia (intrauterin/ la nou-născut)* p. 109

Eritromicină 500 mg/12 h PO... Vezi *Traumatismele mâinii* p. 794

Eritromicină 500 mg/8-12 h PO... Vezi *Erizipelul* p. 667

Eritromicină etilsuccinat de ex. Erythroped® sirop (250 mg/5 ml) – 5 ml/12 h PO pentru copii ≤2 ani, 10 ml/12 h între 2-8 ani... Vezi *Infecţii ale tractului respirator inferior* p. 330

Estradiol 1-2 mg/24 h PO... Vezi *Menopauza* p. 18

Estradiol implant (chirurgical) cu 25 mg – activ aprox 36 săptămâni, cu 100 mg – activ aprox 1 an... Vezi *Menopauza* p. 18

Estradiol plasture, suplineşte 25-100 μg/24 h pentru 3-4 zile... Vezi *Menopauza* p. 18

Estriol 0,1%... Vezi *Menopauza* p. 18

Estrogeni 0,625 mg/zi PO continuu, începând în prima zi a ciclului.. Vezi *Boli osoase de cauză metabolică--I: Osteoporoza* p. 762

Etionamidă 20 mg/kg în doză unică/zi (cu 1 h înainte de masă)... Vezi *Meningita (ped)* p. 304

Etosuximid... Vezi *Antiepileptice la copii* p. 317

Etosuximid sirop, 250 mg/5 ml... Vezi *Tratamentul în epilepsie (ped)* p. 316

Etidronat, de ex. Didronel PMO®, fiecare pachet durează 90 de zile, cu 14 zile de etidronat (400 mg/zi, 2h ac)... Vezi *Boli osoase de cauză metabolică--I: Osteoporoza* p. 762

Etomidat... Vezi *Alte anestezice* IV p. 864
Fenelzină 15-30 mg/8 h PO... Vezi *Antidepresive* p. 394
Fenobarbital... Vezi *Antiepileptice la copii* p. 317
Fenobarbital 10 mg/kg IV lent + 10 mg/kg după 1h dacă este necesar... Vezi *Nou-născutul bolnav* p. 280
Fenoximetilpenicilină 500 mg/6 h PO timp de 1 săptămână... Vezi *Răguşeala* p. 636
Fenoximetilpenicilină 500 mg/4 h PO... Vezi *Erizipelul* p. 667
Fentolamină 5-10 mg IV... Vezi *Traumatismele coloanei vertebrale şi vezica urinară* p. 824
Fenitoină... Vezi *Antiepileptice la copii* p. 317
Fenitoină 10-15 mg/kg în perfuzie în soluţie salină 0,9% (<1 mg/kg/min)... Vezi *Nou-născutul bolnav* p. 280
Fenitoină 18 mg/kg în perfuzie; rata max 1 mg/kg/min... Vezi *Epilepsia (ped)* p. 316
Fier dextran (5%) sub supraveghere atentă; doza IV în ml =[0,0476×G în kg×(14,8- Hb)]+16. Testează mai întâi o doză mică... Vezi *Anemia în timpul sarcinii* p. 171
Fier (oral) în timpul sarcinii... Vezi *Anemia în timpul sarcinii* p. 171
Fier cu sorbitol şi acid citric 1,5 mg/kg IM zilnic (max 100 mg/injecţie)... Vezi *Anemia în timpul sarcinii* p. 171
Flucloxacilin 125-250 mg/6 h PO... Vezi *Varicela (herpes) zoster* p. 256
Flucloxacilină 125 mg (copil) până la 250 mg (adult) la 6 h PO... Vezi *Leziuni lineare + impetigo* p. 654
Flucloxacilină 250 mg/6 h PO... Vezi *Alimentaţia la sân* p. 204
Flucloxacilină 250 mg/6 h PO... Vezi *Urechea dureroasă şi cu scurgeri* p. 612
Flucloxacilină 250 mg/6 h PO... Vezi *Erizipelul* p. 667
Flucloxacilină 250 mg/6 h PO... Vezi *Traumatismele mâinii* p. 794
Flucloxacilină 250 mg/6 h PO (doza la adult)... Vezi *Genunchiul mărit de volum* p. 718
Flucloxacilină 250 mg/6 h PO precoce, pentru a preveni abcesele... Vezi *Perioada puerperală* p. 164
Flucloxacilină 250-500 mg/6 h în perfuzie sau IM... Vezi *Osteomielita* p. 724
Flucloxacilină 500 mg/6 h IV... Vezi *Răguşeala* p. 636
Fluconazol 150 mg PO... Vezi *Scurgeri vaginale* p. 48
Fludrocortizon 0,1 mg/zi PO... Vezi *Stări intersexuale (ped)* p. 262
Flumazenil 0,2 mg IV în 15 sec, apoi câte 0,1 mg la fiecare 60 sec, până la 1 mg în total... Vezi ▶▶*Traumatisme ale feţei şi gâtului* p. 808
Fluoxetin 20 mg/zi PO... Vezi *Sindromul premenstrual* p. 16
Fluoxetin 20 mg/24 h PO... Vezi *Inhibitori selectivi ai recaptării de serotonină (ISRS)* p. 398
Flufenazină decanoat (5 mg IM o dată la 2 săptămâni) poate fi la fel de eficace ca 25 mg/2 săptămâni IM... Vezi *Tratamentul în schizofrenie* p. 420

Fluvoxamină maleat: 100 mg/12-24 h PO (max 300 mg/zi)... Vezi *Inhibitori selectivi ai recaptării de serotonină (ISRS)* p. 398
Furosemid (1-2 mg/kg/24 h IV lent sau PO)... Vezi *Nefrita acută şi nefroza (ped)* p. 334
Furosemid 1,5 mg/kg IV lent, max 20 mg/zi... Vezi *Insuficienţa renală (ped)* p. 332
Furosemid de ex. 1 mg/kg/24 h IV lent... Vezi *Cardiopatii congenitale (ped)* p. 264
Gamolenic acid 120 mg/12 h PO... Vezi *Sindromul premenstrual* p. 16
Gemeprost 1mg ovule... Vezi *Sfârşitul sarcinii* p. 20
Gentamicină 0,3% pic/6 h... Vezi *Urechea dureroasă şi cu scurgeri* p. 612
Gentamicină 1,5 mg/kg/8 h IV administrate în >3 min; măsoară concentraţiile... Vezi ▶▶*Şocul obstetrical* p. 116
Gentamicină 2 mg/kg IM în perioada de inducţie... Vezi *Endocardita infecţioasă* p. 224
Gentamicină 80 mg IV, doză repetată de 2 ori la 8h interval... Vezi *Afecţiuni cardiace în timpul sarcinii* p. 168
Glucagon 0,5-1 mg IM... Vezi ▶▶*Urgenţe în diabetul zaharat* p. 308
Glucoză (4 g/kg) cu insulină solubilă (1U/4 g de glucoză) în perfuzie timp de 2 h... Vezi *Insuficienţa renală* p. 332
Glucoză 0,5 g/kg (soluţie 10 sau 25%) în perfuzie... Vezi ▶▶*Stopul cardiorespirator la copil* p. 365
Glucoză 0,5 g/kg soluţie 25%, în perfuzie... Vezi ▶▶*Urgenţe în diabetul zaharat* p. 308
Gluconat de calciu 10%, 0,5 ml/kg IV peste 5 min... Vezi *Insuficienţa renală (ped)* p. 332
Gluconat de calciu 10%, 4,4 ml/kg/zi PO. Tratament IV: 0,2 ml/kg diluaţi în 4,8 ml/kg soluţie salină 0,9%, minim 10 min... Vezi *Nou-născutul bolnav* p. 280
Gluconat de calciu lactat, de ex. Sandocal-1000®, 1 tabletă pe zi PO... Vezi *Osteoporoza* p. 762
Gliceril trinitrat 0,5 mg... Vezi *Traumatismele coloanei vertebrale şi vezica urinară* p. 824
Goserelin (MMC, p. 393) poate fi eficace în sindromul premenstrual sever... Vezi *Sindromul premenstrual* p. 16
Goserelin 3,6 mg SC lunar... Vezi *Endometrioza* p. 52
Griseofulvina este activă numai în dermatofiţii. Dă 250-500 mg/12 h PO, timp de >6 luni (adulţi) dacă unghiile sunt afectate... Vezi *Infecţii fungice superficiale* p. 666
Gudronul de cărbune poate fi folosit în combinaţie (Alphosyl HC® cremă = 0,5% hidrocortizon + 5% gudron)... Vezi *Psoriazis* p. 662
Hormonul de creştere în doză de ex.0,5-0,7 U/kg/săptămână SC... Vezi *Tulburări de creştere şi dezvoltare* p. 212
Haloperidol 5-10mg PO în agitaţii, coşmaruri... Vezi *Agenţi pentru bolnavi în stadiul terminal* p. 508
Haloperidol 0,01-0,04 mg/kg/12 h PO... Vezi *Tulburări de comportament (ped)* p. 242

Haloperidol 0,5-5 mg/12-18 h PO sau 10-30mg IM (sau IV) stat, apoi 5mg/h... Vezi *Tratamentul în schizofrenie* p. 420
Haloperidol 5-10 mg IM/PO... Vezi *Delirul* p. 410
Heparină (1 000 U IV/h până la 48 h înainte de începerea naşterii)... Vezi *Nou-născutul mort* p. 152
Heparină (de ex. 10.000 U/12 h SC, monitorizată prin analiză)... Vezi *Tromboembolism în sarcină* p. 167
Heparină 10 000 U IV, apoi 1 000-2 000 U/h în perfuzie cu ser fiziologic 0,9%... Vezi *Tromboembolism în sarcină* p. 167
Heparină 5 000 U SC pre-op, apoi la fiecare 12 h SC până în perioada ambulatorie ... Vezi *Examinare şi investigaţii pre-operatorii* p. 856
Heparină 5 000 U/8 h SC... Vezi *Traumatismele coloanei vertebrale-prima zi* p. 820
Heparina post-partum se reduce la 7 500 U/12 h SC... Vezi *Tromboembolism în sarcină* p. 167
Hidralazină 10 mg IV... Vezi *Hipertensiunea arterială în sarcină* p. 104
Hidralazină 200 µg/kg/6 h PO... Vezi *Hipertensiunea arterială la copii* p. 358
Hidralazina se poate da în bolus în doze de ex. 5-10 mg/20-30 min IV sau în perfuzie, în funcţie de răspuns... Vezi *Hipertensiunea în sarcină* p. 104
Hidrocortizon (4 mg/kg IV)... Vezi ▶▶*Adrenalină IM/IV în anafilaxie* p. 357
Hidrocortizon 1 000 mg IV stat... Vezi ▶▶*Sindromul Mendelson* p. 148
Hidrocortizon 100 mg IV... Vezi ▶▶*Hipertermia malignă* p. 872
Hidrocortizon 100 mg IV/6 h... Vezi ▶▶*Astmul la copii* p. 318
Hidrocortizon 100 mg/2-6 h IV (la orice vârstă)... Vezi *Stări intersexuale* p. 262
Hidrocortizon 100 mg/6 h IM... Vezi *Pre-medicaţia* p. 858
Hidroxiclorochină 200 mg/24 h PO... Vezi *Artrita reumatoidă: tratament* p. 756
Hioscină hidrobromid 0,4-0,8 mg SC/8 h sau 0,3 mg sublingual... Vezi *Agenţi pentru bolnavi în stadiul terminal* p. 508
Ibuprofen 200-400 mg/8 h PO pc... Vezi *Câteva afecţiuni dentare şi parodontice* p. 648
Ibuprofen 400-800 mg/8 h PO pc... Vezi *Artrita reumatoidă: tratament* p. 756
Ibuprofen doză: 5 mg/kg/6 h PO (sirop cu 100 mg/5 ml)... Vezi *Urgenţe chirurgicale* p. 222
Imipramină (10-25 mg/8-24 h PO, până la 8 tablete de 25 mg/zi)... Vezi *Antidepresive* p. 394
Imipramină 0,2-0,5 mg/kg/8 h... Vezi *Tulburări de comportament (ped)* p. 242
Imipramină 50 mg/24 h PO... Vezi *Tulburări de comportament* p. 242
Imunoglobuline anti-hepatită 0,5 ml IM în primele 12 h de la naştere... Vezi *Infecţiile perinatale* p. 109
Indometacin 25 mg/8 h PO pc... Vezi *Perioada puerperală* p. 164

Indometacin administrat mamei reduce producerea de urină a fătului; poate fi utilizat pentru a trata polihidramniosul (de ex. 25 mg/6 h PO)... Vezi *Lichidul amniotic* p. 134

Indoramin 20 mg/12 h PO, se creşte la fiecare 2 săptămâni cu 20 mg până la max 100 mg/12 h PO... Vezi *Dificultăţi de micţiune* p. 75

Insulină (de ex. Actrapid®). Peste 5 ani: 0,1U/kg stat IV, apoi 0,1 U/kg/h în perfuzie cu soluţie salină 0,9%. Dacă nu, dă 0,25 U/kg IM stat, apoi 0,1 U/kg/h IM. Scade doza la jumătate 0,05 U/kg/h dacă glucoza scade mai repede de 4 mmol/h. Sub 5 ani, dă mai puţină insulină (de ex. 0,05 U/kg/h în perfuzie). Vezi *Cetoacidoza la copii* p. 308

Insulină 0,2 U/kg^{sc} urmată de 0,35-0,5 U/kg/12 h SC, date cu 30 min înainte de micul dejun şi ceai... Vezi *Diabetul zaharat-câteva probleme* p. 306

Ipecacuana 10-15 ml amestecaţi cu suc (200 ml)... Vezi *Intoxicaţiile (ped)* p. 296

Ipratropium... Vezi ▶▶*Astmul la copii* p. 318

Ipratropium 0,125-0,25 mg atomizor... Vezi ▶▶*Astmul la copii* p. 318

Izoniazid 10-20 mg/kg/24 h IV... Vezi *Meningita: cauze (ped)* p. 304

Izoniazid 15 mg/kg PO de 3 ori pe săptămână... Vezi *Tuberculoza la copii* p. 330

Izotretinoin (dacă testele funcţionale hepatice şi lipidele sunt normale)... Vezi *Acneea vulgară* p. 668

Ivermectin este tratamentul de elecţie: 150 µg/kg PO ca doză unică la fiecare 6-12 luni... Vezi *Oncocercoza* p. 588

Ketamină 0,5-2 mg/kg; t1/2= 2,2 h... Vezi *Alte anestezice* IV p. 864

Ketamina este un analgezic potent, activ pe perioadă scurtă la 0,25-0,5 mg/kg IV... Vezi *Îngrijirea prespitalicească: analgezia* p. 898

Ketorolac 10 mg IM stat apoi 10-30 mg/2-6 h... Vezi *Îngrijirea prespitalicească: analgezia* p. 898

Labetalol... Vezi *Hipertensiunea arterială la copii* p. 358

Levornogestrel 36 mg implantat sub anestezie locală... Vezi *Contracepţia hormonală prin implant şi preparate retard* p. 70

Lignocaină 1 mg/kg IV previne FV... Vezi ▶▶*Stopul cardiorespirator la copil* p. 365

Lignocaină 1% 0,28 ml/kg ... Vezi *Sutura plăgilor* p. 775

Lofepramină 70 mg/8-12 h PO. Începe cu 70 mg/24 h... Vezi *Antidepresive* p. 394

Loratadină 10 mg/zi PO... Vezi *Rinita alergică* p. 624

Lorazepam 2-3 mg PO... Vezi *Pre-medicaţia* p. 858

Manitol 20% (verifică să nu aibă cristale), 7 mg/kg în perfuzie timp de 30 min... Vezi ▶▶*Hipertensiunea intracraniană (ped)* p. 298

Manitol 20% 5 ml/kg IV în 15 min... Vezi ▶▶*Traumatismele capului* p. 806

Marcain Heavy®, bupivacaină+dextroză... Vezi *Anestezia locală: tehnici* p. 792 & p. 878

Medroxiprogesteron 50 mg/24 h PO timp de 3 luni... Vezi *Durerea pelvină cronică* p. 78

Medroxiprogesteron acetat 250 mg/24 h PO... Vezi *Carcinomul endometrial* p. 40

Metadonă, de ex. 20-70 mg/12 h PO, se reduce cu 20% la fiecare 2 zile... Vezi *Dependenţa medicamentoasă* p. 422

Metohexiton... Vezi *Alte anestezice IV* (vezi p. 872) p. 864

Metotrexat... Vezi *Artrita reumatoidă: tratament* p. 756

Metotrexat aprox 10-25 mg PO săptămânal... Vezi *Psoriazis* p. 662

Metilfenidat 0,08-0,25 mg/kg/8 h PO... Vezi *Tulburări de comportament (ped)* p. 242

Metoclopramid 10 mg IV... Vezi *Cezariana* p. 146

Metoclopramid 10 mg/8 h PO sau ^{sc}... Vezi *Agenţi pentru bolnavi în stadiul terminal* p. 508

Metronidazol 1 g supozitor/8 h... Vezi *Avortul* p. 22

Metronidazol 1 g/12 h PR... Vezi *Hemoragia post-partum (PPH)* p. 155

Metronidazol 1 g/12 h PR pentru 24h înainte +5 zile după... Vezi *Infertilitatea* p. 58

Metronidazol 200 mg/12 h PO... Vezi *Rosacea şi rinofima* p. 670

Metronidazol 200 mg/8-12 h PO, timp de 7 zile... Vezi *Trichomonas* p. 48

Metronidazol 2 g PO doză unică... Vezi *Vaginite bacteriene* p. 48

Metronidazol 400 mg/8 h PO... Vezi *Uterul* p. 36; *Infecţii pelvine* p. 50; *Resturi placentare* p. 156; *Perioada puerperală* p. 164; *Câteva afecţiuni dentare şi parodontotice* p. 648; *Agenţi pentru bolnavi în stadiul terminal* p. 508

Metronidazol 500 mg/8 h în perfuzie... Vezi ▶▶*Şocul obstetrical* p. 116

Metronidazol 7,5 mg/kg IV... Vezi *Endocardita infecţioasă* p. 224

Metronidazol 7 mg/kg/12 h IV... Vezi *Enterocolita necrozantă* p. 286

Midazolam sedativ: se titrează până la 0,07 mg/kg IV – începe cu 2 mg timp de 30 s, max 1,5 mg la vârstnici... Vezi ▶▶*Traumatisme ale feţei şi gâtului* p. 808

Mifepristonă 600 mg PO... Vezi *Sfârşitul sarcinii* p. 20

Misoprostol (Arthrotec®)... Vezi *Artrita reumatoidă: tratament* p. 756

Moclobemid (150-300 mg/12 h PO pc)... Vezi *Antidepresive* p. 394

Morfină (oral) se dă de ex. la fiecare 4h. Exemple de doze (/5 ml): 10 mg, 30 mg, 100 mg... Vezi *Decesul la domiciliu* p. 506

Morfină 0,15 mg/kg IM... Vezi *Pre-medicaţie (doze pentru copil)* p. 858

Morfină 0,2 mg/kg IM... Vezi *Traumatisme ale şoldului şi femurului* p. 800

Morfină 0,2 mg/kg IM... Vezi *Durerea* p. 882

Morfină 10 mg IM... Vezi *Pre-medicaţie* p. 858

Morfină 10 mg/4 h IM sau 1-2mg IV în caz de şoc... Vezi *Fracturi* p. 780

Morfină 1 mg/kg în 50 ml dextroză 5%, încearcă cu 1 ml/h... Vezi *Anemia (siclemia)* p. 324
Morfina este “standardul de aur”. Dă doze mici (1-2 mg) IV... Vezi *Îngrijirea prespitalicească: analgezia* p. 898
Morfină în perfuzie: la copil doza iniţială 100 µg/kg în 30 min, apoi 10-30 µg/kg/h (nou-născuţi 5-7 µg/kg/h, dar aceeaşi doză iniţială)... Vezi *Urgenţe chirurgicale* p. 228
Morfină, sulfat (MST) la copii: 200-800 µg/kg/12 h PO... Vezi *Decesul la domiciliu* p. 506
MST-30® sau MST-100®/12 h PO... Vezi *Durerea* p. 882
MST® la copii: 200-800 µg/kg PO... Vezi *Decesul la domiciliu* p. 506
MST® 5, 10, 15, 30, 60, 100 sau 200 mg... Vezi *Decesul la domiciliu* p. 506
Multivitamine capsule 2/24 h PO... Vezi *Fibroza chistică (ped)* p. 222
N-Acetilcisteină... Vezi *Intoxicaţia cu paracetamol (ped)* p. 296
Nalbufină dozaj: doze mici , până la 10-20 mg IV lent, se repetă după 30 min dacă este necesar; la copil, doza max este 0,3 mg/kg... Vezi *Îngrijirea prespitalicească: analgezia* p. 898
Naloxonă (0,2-1,4 mg IV)... Vezi *Îngrijirea prespitalicească: analgezia* p. 898
Naloxonă 10 µg/kg IV... Vezi ▶▶*Resuscitarea după naştere (nou-născuţi)* p. 272
Naloxonă 10 µg/kg IV, apoi 100 µg/kg la fiecare câteva minute dacă nu apare răspuns (se poate administra SC sau IM, dar mai lent)... Vezi *Tratamentul general în intoxicaţii* p. 296
Naproxen 250 mg/8 h PO pc: în febra cauzată de tumori maligne... Vezi *Îngrijirea stărilor terminale* p. 508
Naproxen 250 mg/8 h PO pc... Vezi *Decesul la domiciliu* p. 506
Naproxen 250 mg/8 h PO pc... Vezi *Sindromul de arc dureros* p. 692
Naproxen 250 mg/8 h PO pc... Vezi *Conduita terapeutică în durerile lombare* p. 704
Naproxen 250-500 mg/12 h PO pc... Vezi *Artrita reumatoidă: tratament* p. 756
Naproxen 5 mg/kg/12 h PO pc... Vezi *Artrita cronică juvenilă* p. 849
Naproxen 750 mg stat, apoi 250 mg/8 h PO pc... Vezi *Artropatii seronegative* p. 758
Netilmicin 150 mg/12 h IV... Vezi *Prematuritatea* p. 112
Netilmicin 2 mg/kg/8 h IV (p.280)... Vezi *Endocardita infecţioasă (ped)* p. 224
Netilmicin 2 mg/kg/8 h lent IV (p.280)... Vezi *Meningita (ped)* p. 304
Netilmicin 2-3 mg/kg/12 h IV (monitorizează concentraţia)... Vezi *Răguşeala* p. 636
Nifedipin (10 mg – rupe capsula)... Vezi *Traumatismele coloanei vertebrale şi vezica urinară* p. 824
Nifedipin 30 mg PO stat (+20 mg PO după 90 min dacă se menţin contracţiile), apoi 20 mg/8 h PO este eficace... Vezi *Tocoliza* p. 112
Nitrazepam (0,2-0,6 mg/zi PO)... Vezi *Antiepileptice la copii* p. 317

Nitrit de sodiu 10 ml soluţie 3% IV peste 3 min... Vezi *Inhalarea fumului* p. 778

Nitroprusiat de sodiu 1-8 µg/kg/min în perfuzie... Vezi *Hipertensiunea arterială la copii* p. 358

Nitrofurantoin (100 mg/12-14 h PO cu mâncare) în prevenirea recidivelor... Vezi *Afecţiuni renale în timpul sarcinii* p. 178

Nitrofurantoin 50 mg/6 h PO cu mâncare... Vezi *Afecţiuni renale în timpul sarcinii* p. 178

Nitroprusiat 0,5-8 µg/kg/min în perfuzie (vezi p. 104)... Vezi *Nefrita acută şi nefroza* p. 334

Noretisteron 5 mg/8 h PO... Vezi *Menoragia* p. 14

Noretisteron 5 mg de 2 ori pe zi PO cu 4 zile înainte de menstruaţie... Vezi *Menstruaţia normală* p. 8

Noretisteron 5-10 mg/12 h PO continuu... Vezi *Endometrioza* p. 52

Norgestrel 0,15 mg PO în zilele 17-28... Vezi *Boli osoase de cauză metabolică--I: Osteoporoza* p. 762

Norgestrel 150 µg/24 h PO, timp de 12 zile din 28... Vezi *Menopauza* p. 18

Norplant®... Vezi *Contracepţia hormonală prin implant şi preparate retard* p. 70

Nortriptilină (25 mg/6-24 hPO. Începe cu 10 mg/12 h)... Vezi *Antidepresive* p. 394

Nistatin ovule vaginale, seara, timp de 14 zile... Vezi *Scurgeri vaginale* p. 48

O_2 la 15 litri/min prin mască cu rezervor... Vezi ▶▶*Hemoragia antepartum* p. 118

Orfenadrină 50 mg/8 h PO... Vezi *Tratamentul în schizofrenie* p. 420

Oxibutinin 5 mg/6-12 h PO; la vârstnici, jumătate din doză... Vezi *Disfuncţii urinare* p. 74

Oxicodon supozitoare de 30 mg (de ex. 30 mg/8 h, aprox=30 mg morfină)... Vezi *Agenţi pentru bolnavi în stadiul terminal* p. 508

Oxid nitros 50% în 50% O_2 (Entonox®) auto-administrat... Vezi *Durerea* p. 882

Oxid nitros: oxigen amestec 60%: 40%... Vezi *Conduita practică în anestezie:* I p. 866

Oxid nitros/oxigen (Entonox®)... Vezi *Durerea* p. 882

Oxitetraciclină (250 mg/12-24 h PO 1 h ac)... Vezi *Rosacea şi rinofima* p. 670

Oxitetraciclină (500-250 mg/12-24 h PO 1h ac--începe cu doza mai mare)... Vezi *Acneea* p. 668

Oxitetraciclină (250 mg/12-24 h PO 1h ac)... Vezi *Glandele salivare* p. 646

Oxitocină 5U IM... Vezi *Naşterea normală* p. 88

Oxitocina se dă IV în 5% dextroză utilizând un sistem cu pompă (de ex. Ivac®). Perfuzia începe cu 2 miliunităţi (mu) pe min, dublând doza la fiecare 20 min până la apariţia contracţiilor uterine eficace (de obicei la 4-16 mu/min: uneori necesarul poate fi de 32 mu/min)... Vezi *Inducerea travaliului* p. 121

Pancrease®... Vezi *Fibroza chistică (ped)* p. 222
Pancuronium 0,02-0,03 mg/kg IV; apoi 0,03-0,09 mg/kg/1,5-4 h... Vezi *Respiraţia asistată la nou-născuţi* p. 276
Pancuronium 50-100 μg/kg IV apoi 10-20 μg/kg IV după cum este necesar... Vezi *Blocanţi neuromusculari* p. 865
Papaverină 7,7 mg/ml: 1ml diluat în 9 ml apă. Doze: sugari sub 1 lună: 0,15 ml/kg IM; între 1-12 luni, 0,15-0,2 ml/kg IM în diluţia de mai sus. Pentru copii mai mari (1-12 ani) foloseşte 0,02-0,03 ml/kg IM papaverină nediluată, soluţie cu 7,7 mg/ml... Vezi *Reducerea durerii în urgenţe (ped)* p. 764
Paracetamol 12 mg/kg/6 h PO... Vezi *Lichid în urechea medie* p. 614
Paracetamol 500 mg-1 g/6 h PO... Vezi *Osteoartrita* p. 752
Paracetamol sirop (120 mg/5 ml) ca antipiretic. Doza (la 6 h PO): sub 3 luni: 5-10 mg/kg; 3 luni-1 an: 60-120 mg; 1-5 ani: 120-250 mg; 6-12 ani: 250-500 mg. Se poate administra şi sub formă de supozitoare de 60 mg... Vezi *Parotidita epidemică* p. 254
Paracetamol, până la 4 g/24 h PO... Vezi *Tratamentul în durerile lombare* p. 704
Paraldehidă 0,4 mg/kg PR în ulei de arahide, sau IM (max 5 ml/fesă pentru a reduce riscul de abces steril). Regula policelui: 1 ml/an până la max 10 ml... Vezi *Epilepsia (ped)* p. 316
Paroxetină: 20 mg în fiecare dimineaţă (se creşte cu câte 10 mg până la 50mg--40 mg la vârstnici)... Vezi *Inhibitori selectivi ai recaptării de serotonină (ISRS)* p. 398
Pemolină 0,5-2 mg/kg/24 h PO... Vezi *Tulburări de comportament (ped)* p. 242
Penicilamină până la 500 mg/24 h PO... Vezi *Artrita reumatoidă: tratament* p. 756
Penicilină 10 mg/kg/4 h IV în primele zile, apoi PO timp de 3 luni... Vezi *Nefrita acută şi nefroza (ped)* p. 334
Penicilină 250 mg/6 h PO... Vezi *Câteva afecţiuni dentare şi parodontotice* p. 648
Penicilină 500 mg/6 h PO... Vezi *Lichid în urechea medie* p. 614
Penicilină G 25 mg/kg/4 h IV... Vezi *Infecţii ale tractului respirator inferior* p. 330
Penicilină V 250 mg/6 h PO, 90 zile... Vezi *Steriletul* p. 64
Penicilină, 250 mg/6 h PO... Vezi *Infecţii ale gâtului* p. 632
Peroxid de hidrogen 6% în senzaţia neplăcută de "limbă încărcată"... Vezi *Agenţi pentru bolnavi în stadiul terminal* p. 508
Petidină 0,5-2 mg/kg... Vezi *Pre-medicaţia la copii* p. 858
Petidină 25-100 mg IM... Vezi *Durerea* p. 882
Petidină 50 mg IM... Vezi *Pre-medicaţia (adult)* p. 858
Petidină 50-150 mg IM... Vezi *Uşurarea durerii în timpul travaliului* p. 126
Pilocarpină picături 2-4% la 1 h... Vezi *Ochiul roşu* p. 566

Plasmă 10-20 ml/kg IV în 30-60 min... Vezi *Nou-născutul bolnav* p. 280
Prazosin 0,5 mg/12 h PO, prima doză se dă înainte de culcare, se creşte la 2 mg/12 h PO după câteva zile dacă este necesar... Vezi *Dificultăţi de micţiune* p. 75
Prednisolon (de ex. 2 mg/kg/24 h PO)... Vezi *Reumatismul articular acut (ped)* p. 224
Prednisolon 0,25 mg/kg/zi PO... Vezi *Purpura la copii* p. 326
Prednisolon picături 0,5% la fiecare 2 h... Vezi *Ochiul roşu* p. 566
Prednisolon 0,5 mg/kg/zi PO... Vezi *Artrita cronică juvenilă* p. 849
Prednisolon 0,75 mg/kg/24 h PO... Vezi *Distrofia musculară Duchenne* p 840
Prednisolon 1 mg/kg/12 h PO... Vezi ▶▶*Stridor* p. 634
Prednisolon 1-2 mg/kg/zi PO... Vezi ▶▶*Astmul la copii* p. 318
Prednisolon 5 mg/8 h PO... Vezi *Decesul la domiciliu* p. 506
Prednisolon 80 mg/24h PO prompt... Vezi *Pierderea vederii – subită şi nedureroasă* p. 572
Prednisolon, de ex. 3 mg/kg/24 h PO... Vezi *Nefrita acută şi nefroza (ped)* p. 334
Premarin® 1,25 mg/24 h PO timp de 21 zile... Vezi *Contracepţia hormonală prin implant şi preparate retard* p. 70
Prempak C 0,0625® tablete vişinii + maro... Vezi *Osteoporoza* p. 762
Prilocaină 3-5 mg/kg, max 400 mg (adulţi): t1/2=2 h... Vezi *Anestezia locală* p. 876
Probenecid 0,5 g/12 h PO... Vezi *Artropatii seronegative* p. 758
Probenecid 1 g PO... Vezi *Infecţii pelvine* p. 50
Procain penicilină 37 mg/kg/24 h IM, 3 săptăamâni... Vezi *Sifilisul intrauterin* p. 106
Proclorperazină 12,5 mg IM... Vezi *Traumatismele şoldului şi femurului* p. 800
Progesteron supozitoare 200 mg/12 h PR sau PV... Vezi *Sindromul premenstrual* p. 16
Promazină sirop (25-50 mg/8 h PO)... Vezi *Stări confuzionale cronice (demenţa)* p. 410
Prometazină 25 mg IM... Vezi *Premedicaţia* p. 858
Propantelină 15-30 mg/8 h PO 1h ac... Vezi *Disfuncţii urinare* p. 74
Propantelină 15-30 mg/8-12 h PO 1h ac... Vezi *Leziunile coloanei vertebrale şi vezica urinară* p. 824
Propranolol (10-20 mg/8-12 h PO)... Vezi *Insuficienţa renală* p. 332
Propanolol (de ex. 10mg/8 h PO)... Vezi *Stresul* p. 407
Propiltiouracil 200 mg/mâ2/zi PO... Vezi *Hipertiroidia la copii* p. 226
Prostaglandină E1 (0,05-0,1 µg/kg/min IV)... Vezi *Cardiopatii congenitale* p. 264
Protriptilină 5-10 mg PO dimineaţa, la prânz şi la ora 4 pm... Vezi *Antidepresive* p. 394
Pseudoefedrină 60 mg/12 h PO... Vezi *Rinita alergică* p. 624
Pirazinamidă 40 mg/kg/zi... Vezi *Meningita: cauze (ped)* p. 304

Pirazinamidă (numai în primele 2 luni) 50 mg/kg PO de 3 ori pe săptămână... Vezi *TBC la copii* p. 330
Piridoxină 100 mg/24 h PO... Vezi *Sindromul premenstrual* p. 16
Piridoxină 50 mg IV... Vezi *Nou-născutul bolnav* p. 280
Pirimetamină, 0,25 mg/kg/6 h PO, 21 zile... Vezi *Infecţii congenitale: CMV/toxoplasmoză* p. 106
Ranitidină în operaţii de elecţie, de ex 150 mg PO la 2 h pre-op... Vezi *Cezariana* p. 146
Resonium A® 0,5 g/kg PO... Vezi *Insuficienţa renală* (ped) p. 332
Resperidonă... Vezi *Schizofrenia* p. 420
Retinol palmitat 50.000 U IM lunar... Vezi *Xeroftalmia şi keratomalacia* p. 588
Retinil palmitat 200.000U PO... Vezi *Xeroftalmia şi keratomalacia* p. 588
Rifampicină 10 mg/kg/12 h PO timp de 48h pentru contacţii apropiaţi... Vezi *Meningita* p. 304
Rifampicină 10-20 mg/kg/24 h PO (≤600mg/zi)... Vezi *Meningita (ped)* p. 304
Rifampicină 15 mg/kg PO ac, de 3 ori pe săpt... Vezi *Tuberculoza la copii* p. 330
Ritrodin regim... Vezi *Prematuritatea* p. 112
Salbutamol 250 µg IV... Vezi *Complicaţiile anesteziei* p. 872
Salbutamol 2 mg nebulizat... Vezi ▶▶*Adrenalina IM/IV în anafilaxie* p. 357
Salbutamol sirop 2 mg/5 ml. 5ml/h (0,1 mg/kg/8 h sub 2 ani)... Vezi ▶▶*Astmul la copii* p. 318
Salmeterol, 2 pufuri/12 h... Vezi ▶▶*Astmul la copii* p. 318
Sertralină: 50 mg/24 h PO, se creşte la nevoie cu câte 50 mg la fiecare câteva săptămâni până la max 200 mg/zi; în 8 săptămâni se reduce la o doză de întreţinere de 50-100 mg/zi PO... Vezi *ISRS* p. 283
Somatotropină (hormon de creştere uman) de ex. 0,14 U/kg/zi SC, în profilaxia nanismului... Vezi *Sindromul Turner* p. 849
Spironolactonă (1,2 mg/kg/12 h PO)... Vezi *Nefrita acută şi nefroza* p. 334
Spironolactonă 100 mg/12 h PO... Vezi *Agenţi pentru bolnavi în stadiul terminal* p. 508
Spironolactonă 25 mg/6 h PO în zilele 18-26 ale ciclului... Vezi *Sindromul premenstrual* p. 16
Stesolid®: dă 5mg sub vârsta de 3 ani, sau 10mg peste 3 ani... Vezi *Epilepsia (ped)* p. 316
Sulfadiazină 50 mg/kg/12 h PO... Vezi *Infecţii congenitale: CMV/toxoplasmoză* p. 106
Sulfadimetoxin 1 g stat, apoi 500 mg/24 h PO, 10 zile... Vezi *Trahom* p. 588
Sulfasalazină 0,5 g/6 h PO (începe cu 0,5 g/24 h); e indicată oprirea tratamentului dacă apar dureri în gât... Vezi *Artrita reumatoidă* p. 756
Suxametonium 0,6 mg/kg IV... Vezi *Conduita practică în anestezie: II* p. 868

Temazepam 10-20 mg PO... Vezi *Pre-medicaţia* p. 858
Terbinafina este o alternativă costisitoare (de ex. 250 mg/24 h PO timp de 1-3 luni)... Vezi *Infecţii fungice superficiale* p. 666
Terbutalină 10 mg nebulizată cu O2... Vezi ▶▶*Astmul la copii* p. 318
Terbutalină 250 µg/4-6 h (un puf)--de ex. cu spacer şi mască, până la 8 ani... Vezi ▶▶*Astmul la copii* p. 318
Trefenadină 60 mg/12 h PO... Vezi *Rinita alergică* p. 624
Tetraciclină 1% unguent ocular, la 12 h timp de 5 zile în fiecare lună, 6 luni... Vezi *Afecţiuni oculare tropicale* p. 588
Tetraciclină 250 mg/6 h PO ac... Vezi *Infecţii pelvine* p. 50
Teofilină (Slo-Phyllin®) în doze: <12 mg/kg/24 h PO. Sunt capsule de 60, 125, sau 250 mg... Vezi ▶▶*Astmul la copii* p. 318
Teofilină, de ex. 5 mg/kg/8 h PO (sirop cu 60mg/5ml)... Vezi ▶▶*Astmul la copii* p. 318
Tioridazină 25-100 mg/6 h. Nu se administrează injectabil... Vezi *Schizofrenia* p. 420
Tiosulfat de sodiu 25 ml 50% IV peste 10 min... Vezi *Inhalarea fumului* p. 778
Tibolon 2,5 mg/zi PO... Vezi *Menopauza* p. 18
Ticarcilină (50-60 mg/kg/6 h IV)... Vezi *Fibroza chistică* p. 222
Tinzaparin... Vezi *Protezarea articulară* p. 734
Topic 1% clindamicină... Vezi *Acneea vulgară* p. 668
Tranexamic, acid 1-1,5 g/6-8 h PO... Vezi *Menoragia* p. 14
Trifluoperazină 5-10 mg/12 h PO, sau 2mg IM (până la 6 mg/24 h)... Vezi *Schizofrenia* p. 420
Trimeprazin 2 mg/kg ca sirop... Vezi *Pre-medicaţia (copil)* p. 858
Trimeprazin sirop (≤2 mg/kg)... Vezi *Probleme frecvente la copii* p. 210
Trimetoprim 100 mg PO înainte de contactul sexual poate fi eficace... Vezi *Disfuncţii urinare* p. 74
Trimetoprim 50 mg/5 ml, 50 mg/12 h PO timp de 5 zile (înjumătăţeşte doza la vârste <6 luni; dublează-o >6 ani)... Vezi *Infecţiile tractului urinar la copil (ITU)* p. 218
Trimipramină (25-50 mg/8 h PO. Începe cu 50 mg cu 2 h înainte de culcare)... Vezi *Antidepresive* p. 394
Triplu vaccin (antipertusis, antitetanic, antidifteric) 0,5 ml SC... Vezi *Scheme de imunizare* p. 247
Uree 40% în cremă apoasă... Vezi *Infecţii fungice superficiale* p. 666
Vaccin anti-hepatită B 0,5ml în primele 7 zile de la naştere, apoi la 1 lună şi 6 luni... Vezi *Infecţiile perinatale* p. 109
Valproat de sodiu... Vezi *Antiepileptice la copii* p. 317
Valproat de sodiu lichid, fără zahăr, 200 mg/5 ml... Vezi *Epilepsia (ped)* p. 316
Vecuronium 0,1 mg/kg IV... Vezi *Conduita practică în anestezie: II* p. 868
Vigabatrin doză iniţială: 40 mg/kg/zi PO (capsule şi tablete de 500 mg). Max: 100 mg/kg/zi... Vezi *Tratamentul în epilepsie (ped)* p. 316

Vitamina D (50 nanograme/kg de alfacalcidol/zi PO)... Vezi *Insuficienţa renală (ped)* p. 332
Vitamina D 1000 u/zi... Vezi *Alimentaţia la sân* p. 204
Vitamina K 500 µg PO la toţi sugarii în primele 24 h de la naştere... Vezi *Hemoragia la nou-născut* p. 286
Zagreb, antivenin (2 fiole în perfuzie la o viteză <1ml antivenin/min) – diluat în 2-3 volume soluţie salină 0,9%... Vezi *Muşcături, înţepături & corpi străini* p. 830
Zoster, imunoglobuline 1 000 mg IM la femeia gravidă în cel mult 3 zile de la expunerea la infecţie... Vezi *Varicela (herpes) zoster* p. 256
Zuclopentixol acetat 50-100 mg IM (în regiunea fesieră), 1 injecţie la 2-3 zile... Vezi *Mania* p. 414

Informăm cititorii cărţii medicale că pot procura cartea dorită de la

- sediul Editurii Medicale – Bucureşti, Str. Smârdan nr. 5, etaj III, tel. 614.32.52 ; fax 312.48.79

sau

- librăria Editurii Medicale – în incinta Universităţii de Medicină şi Farmacie – Bucureşti, Bd. Eroilor Sanitari nr. 8

Tiparul executat sub comanda nr. 70 189

Regia Autonomă a Imprimeriilor
Imprimeria „CORESI“ Bucureşti
ROMÂNIA

ISBN 973-39-0323-X LEI 68 000